

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 novembre 1904, à 1 heure

PAR

Paul LAMER

DE LA DÉCORTICATION DU REIN

DANS

LES NÉPHRITES

Président : M. GUYON, Professeur,

*Juges : MM. { LE DENTU, Professeur.
HUTINEL, Professeur.
LANGLOIS, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36. rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs.....

M. DEBOVE.
MM.

Anatomie
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

POIRIER.
Ch. RICHEL.
GABRIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
RECLUS.
POUCHET.
GIBERT.
CHANTEMESSE.
BROUARD.
DEJERINE.
ROGER.

Clinique médicale.....

HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.
GRANCHER.
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND.
LE DENTU.
FERRIER.
BERGER.

Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

DE LAPERSONNE.
GUYON.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY.
BALHAZARD.
BRANCA.
BEZANCON.
BRINLEAU.
BROCA André.
CARNOT.
CLAUDE.
CUNEO.
DEMELIN.
DEGREZ.

MM

DUPRE.
DUVAL.
FAURE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
JEANSELM.
LABBE.
LANGLOIS.
LAUNOIS.

MM

LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MACAIGNE.
MAILLARD.
MARION.
MAUCLAIRE.
MERY.
MORESTIN.
POTOCKI.

MM

PROUST.
RENON.
RICHAUD.
RIEFFEL (chef des
Travaux anatomiques).
TEISSIER.
THIROLOIX.
VAQUEZ.
WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Institut (Académie des Sciences)

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

La décortication du rein dans les néphrites est encore un sujet nouveau, et très discuté comme l'ont montré les communications du dernier Congrès d'Urologie. Nous avons cru cependant faire œuvre utile en relatant les observations publiées sur ce sujet. Nous n'avons certes pas la pensée d'édifier le traitement chirurgical systématique des néphrites; nous avons voulu très simplement apporter une contribution à cette étude intéressante et mettre le plus possible la question au point.

Après avoir rapporté dans un chapitre d'historique les différentes phases par lesquelles a passé depuis quelques années le traitement chirurgical des néphrites, nous étudierons la valeur de la décortication dans les cas aigus et dans les cas chroniques.

Avant de commencer notre travail, nous tenons à exprimer nos sentiments de reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous prions nos maîtres des hôpitaux et de l'Ecole de

Rouen de bien vouloir agréer nos sincères remerciements pour l'enseignement bienveillant qu'ils nous ont toujours donné.

Notre reconnaissance est acquise à MM. les docteurs Olivier, Cerné et Martin, pour leurs précieuses leçons cliniques.

A MM. les docteurs Brunon, Tinel, Bataille, Jeanne et Nicolle, dont nous avons suivi les cours.

Nous remercions particulièrement les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen, qui nous ont accepté dans leur service pendant notre séjour dans cette ville : MM. les docteurs François Hue, Cauchois, Jeanne, Magniaux, Didier et Lerefay, dont nous garderons toujours le plus durable et le meilleur souvenir.

Nous avons profité le plus possible des excellentes leçons de M. le professeur de Lapersonne et de M. le docteur Brindeau pendant notre stage de spécialité et d'accouchement. Nous les remercions ici des connaissances en ophtalmologie et en obstétrique qu'ils nous ont fait acquérir.

Nous exprimons toute notre gratitude à M. le docteur Sorel, de Dijon, pour sa grande amabilité :

A M. Dominique, pharmacien de l'hôpital Pasteur, du Havre, qui a bien voulu mettre à notre disposition une science si appréciée.

Notre excellent ami, le docteur Le Nouène, du Havre, par ses excellents conseils si souvent répétés, fut plus que l'inspirateur de cette thèse.

Nous sommes heureux de lui exprimer ici toute notre sincère et durable reconnaissance.

M. le professeur Guyon a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir le témoignage de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Pendant longtemps les pyonéphroses seules ont été les indications d'intervention chirurgicale dans les maladies du rein. On pourrait presque dire que le traitement sanglant des néphrites est né d'erreurs de diagnostics de même que le traitement des péritonites tuberculeuses par la laparotomie.

En effet Péan (1) en 1886 croyant à un calcul rénal déterminant des poussées inflammatoires, fait une ablation du rein : la malade guérit et l'examen de la pièce montre l'existence d'une néphrite chronique. Sabatier (2) en 1886, Senator en 1890, de Kermacker, Albarran (3), Poirier (4), Potherat (5) opérant soit pour des calculs, soit pour des hématuries faisant croire à un néoplasme, constatèrent seulement des lésions de né-

(1) Péan. De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein. *Thèse de doctorat*. Brodeur. Paris, 1886.

(2) Sabatier. Névralgie hématurique. (*Rev. de chir.*, tome IX, Paris, 1899).

(3) Albarran. *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet.

(4) Poirier. *Bull. de la soc. de chir.*, 10 mai 1898.

(5) Potherat. Société de chirurgie, 6 juin 1898.

phrite chronique. En général soit la guérison, soit une grande amélioration furent constatés.

Loumeau (1) à la séance de la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, du 28 février 1902, relate une néphrectomie pour néphrite médicale à symptômes graves : la guérison survint.

Tous ces heureux résultats ne sont dus qu'à la néphrectomie. Quant à la néphrotomie, Tiffany, Clément Lucas, Hulke, Belfield, Mayo Robson, Le Dentu, Hamonic purent constater des améliorations considérables à la suite de simples incisions : l'opération était dirigée en général contre un calcul du rein qui n'existait pas ou contre des néphrorrhagies que l'intervention fait disparaître.

Tuffier (2) en 1898 signale la néphrotomie comme traitement des hémorrhagies et des néphralgies. Il constate les bons résultats obtenus à l'étranger par l'incision du rein et reconnaît que la chirurgie rénale doit se porter vers les néphrites d'ordre médical.

Le Dentu au même Congrès faisant remarquer que la néphrite peut produire d'aussi violentes douleurs que la lithiase, recommande, lorsque le traitement médical a échoué, la néphrotomie exploratrice qui peut devenir curative.

Réginal Harrison (1) d'après Pousson fut le premier

(1) Loumeau. Congrès de chirurgie, 1898. Séance du 17 octobre, p. 99.

(2) Tuffier. Congrès de chirurgie, 1898. Séance du 17 octobre soir, p. 65.

(3) Réginal Harrison :

1° Contribution to the study of some forms of albuminuria asso-

qui opéra sciemment les néphrites : quoique lui-même se soit demandé si ses succès étaient dus à la fixation du rein ou à la suggestion.

Legueu (1) qui dans sa thèse doctorale avait déjà écrit que l'incision exploratrice du rein tentée pour un calcul peut devenir curative alors même que la recherche du calcul est restée négative, au Congrès de chirurgie de 1898 signale trois cas de néphrectomies pour infections rénales d'ordre médical : deux malades moururent, un fut amélioré.

Enfin Pousson (2) fait paraître de remarquables tra-

cieted with Kidney tension and their treatment. *The Lancet*, 4 janv. 1895, p. 8.

2° On the treatment of some forms of albuminuria by rein puncture. *British medical journal*, 15 oct. 1896.

3° Renal tension and its treatment by surgical means. *British medical journal*, 15 oct. 1901.

(1) Legueu, Congrès de chirurgie 1898, séance du 15 oct. soir. Société de chirurgie du 12 juin 1901.

(2) Pousson :

1° Résultats opératoires et thérapeutiques de la néphrotomie. — Congrès de chirurgie 1898. — 15 oct. soir.

2° L'intervention chirurgicale dans certaines variétés de néphrite médicales. 4^e séance de l'A. F. U. 1899. page 455.

3° Soc. de chir. 6 juin 1900.

4° Soc. de chir. 8 juin 1901.

5° Contribution à la physiologie pathologique de l'incision et de l'extirpation du rein. 5^e session de A. F. U. 1901.

6° Présentation de deux malades opérés du mal de Bright depuis 6 et 7 mois, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, février 1902.

7° De l'existence d'un réflexe réno-rénal dans certaines néphrites médicales et de la possibilité du dév. d'une néphrite sympathique. Ac. de méd. 20 mars 1900.

8° Nouvelle contribution à l'étude du réflexe réno-rénal dans les néphrites médicales. *Annales des maladies des organes génito-urinaire*, septembre 1901.

9° De l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicales.

vaux à propos de cette question nouvelle de thérapeutique chirurgicale. Il préconise la néphrotomie dans le cas d'abcès miliaires en insistant sur le rôle de la décongestion et de l'antisepsie, il présente entre autres cas deux observations de malades opérés pour des accidents graves d'urémie avec résultat favorable.

A la 5^e session de l'association française d'urologie (1901) il indique les bons résultats de l'incision et de l'extirpation du rein dans les néphrites.

A la suite de ces communications, Monod (1) Routier (2) Potherat (3) citent des cas de guérison survenus pour des néphrites d'origine sanguine où les lésions étaient des abcès miliaires par le traitement chirurgical.

Lennander (4) dans cinq cas de pyelo-néphrite trouve des abcès miliaires et fait la néphrotomie avec néphrectomie partielle; quatre de ses malades guérissent.

Reynès (5) en 1901 obtient une guérison en incisant un gros rein où il croyait rencontrer une pyonéphrose.

Deux élèves de Pousson, Mongour et Monnié, étudièrent les effets de la néphrotomie et préconisèrent l'in-

Annales de maladies des organes génito-urinaire, mai, juin, juillet 1902.

10° Association française d'urologie 1901-1904.

11° *Journal de méd. de Bordeaux* 1902.

12° *Gaz. de l'Ac. des sc. méd. de Bordeaux*. 1902 mai, juin, juillet, août.

(1) Monod. Société de chir. 1900, séance 6 juin.

(2) Routier. Soc. de chir. 1900, séance du 6 juin.

(3) Potherat. Soc. de chir. 1900, séance du 6 juin.

(4) Lennander. Nord méd. Arivk 1900 in Wilms, Münch. méd. Woch 25 mars 1902.

(5) Reynès. 5^e session de l'A. F. U. 1901. page 125.

cision du rein dans certains cas de néphrites aiguës et chroniques.

En 1902, Israël (1) à la Société de médecine interne de Berlin, se déclare partisan de l'incision du rein dans les cas d'hématuries et de douleurs mais exclut les néphrites chroniques de la chirurgie. Nous avons vu l'année dernière pourtant le professeur Israël opérer systématiquement des maladies de Bright par la décortication et nous avons entendu dire à ce chirurgien qu'il n'était pas complètement édifié sur cette opération.

Leopold Le Nouène, dans un article paru le 10 août 1902 dans la *Revue médicale de Normandie*, relate deux observations de pyelo-néphrites aiguës guéries par la néphrotomie.

Enfin, en 1901, Georges Edebohls, dont le nom s'est attaché au traitement chirurgical des néphrites chroniques, publie dans le *Medical Record*, 18 observations de néphrites chroniques traitées par la décortication d'un seul ou des deux reins. Les résultats sont excellents. Pour la première fois, le 10 janvier 1898, il opéra de propos délibéré un mal de Bright par la décortication.

Les précédentes opérations n'étaient pas dirigées contre le mal de Bright en lui-même. Il opérait des reins mobiles par la néphropexie et pour rendre plus solides les adhérences, il décapsulait le rein. C'est en constatant les bons effets obtenus dans les cas de rein mobile

(1) 1° J. Israël. chirurgie du rein et de l'uretère traduit par Guillermo Rodriguez.

atteints de néphrite chronique, qu'il fut amené à opérer cette maladie de propos délibéré.

Pour lui, l'opération de choix est la décortication. Et bien que Ferguson, en 1899, ait constaté la guérison de néphrites chroniques à la suite de deux néphropexies, que Newman, même en 1896, ait rapporté à la Société de Clinique de Londres quatre cas de rein mobile traités par la néphropexie, dont deux firent constater la disparition des douleurs, de l'albumine et des cylindres dans l'urine, on peut dire qu'Edebohls est l'instigateur du traitement chirurgical des néphrites chroniques.

Dans les *Annals of Surgery* de 1902, il donne la technique opératoire de la décortication.

Dans le *British Méd. Journal* du 8 novembre 1902, il préconise le traitement du mal de Bright par la décortication. Il cite à l'appui six observations de lésions aiguës ou chroniques des reins, traitées par son opération.

Le 15 janvier 1902, Talamon discute les observations d'Edebohls.

A la séance du 13 janvier 1902, de la Société de Médecine interne de Berlin, Sénator fait une communication sur l'intervention chirurgicale dans les néphrites. Il n'est d'avis d'opérer que quand il y a tension exagérée de la capsule.

Claude et Balthazard, le 1^{er} mars 1902, à la Société de biologie, constatent les heureux effets de la décortication du rein.

Rowsing, de Copenhague, au trente et unième Congrès de la Société allemande de chirurgie, le 4 avril, se mon-

tre favorable à la néphrectomie et combat la décortication. Pour lui, les fonctions du rein du côté opposé sont améliorées par voie réflexe.

Guiteras, dans le *New-York medical Journal*, du 17 mai 1902, relate deux observations de décapsulation. Il avoue préférer la néphrotomie dans les cas de néphrites aiguës et ne se prononce pas sur la valeur du traitement chirurgical dans les cas chroniques.

Schmitt, dans le *Medical Record* du 13 septembre 1902, critique les opérations entreprises de propos délibéré contre le mal de Bright, mais les considère comme utiles en cas d'hématuries abondantes ou d'accidents urémiques graves.

Cabot et Elliot, dans le *Boston medical and surgical journal* du 13 octobre 1902, publient quatre cas de décortication pour mal de Bright : une mort et trois guérisons.

Le 3 décembre 1902, M. le professeur Lépine, dans un article de la *Semaine Médicale*, rejette toute opération dans le traitement du mal de Bright, à cause du peu de résistance des malades.

En 1903, paraît la remarquable thèse de Le Nouëne qui étudie les valeurs respectives de la néphrotomie et de la décortication dans les néphrites aiguës et chroniques. Dans les néphrites chroniques, dit-il, la décapsulation des reins est une opération bénigne qui, d'après les cas publiés, pourrait faire espérer la guérison du mal de Bright. Dans les néphrites chroniques à la période des accidents graves d'urémie la néphrotomie est une opéra-

tion recommandable qui permet au rein de reprendre ses fonctions éliminatoires.

En 1903, Edebohls fait paraître un opuscule tiré du *Médical Record* du 28 mars 1903. Il se déclare de plus en plus partisan de la décortication dans le mal de Bright et cite à l'appui de nombreuses observations.

Le 6 juin 1903 il publie, dans le *New-York Medical Journal*, une observation de décapsulation pour un cas d'éclampsie. Il ne propose d'ailleurs pas cette opération comme traitement spécifique de cette affection.

Enfin, tout récemment (1), le chirurgien de New-York vient de faire paraître un travail considérable sur la décortication des reins. Après avoir fait avec beaucoup de détails l'historique de la question dans le but surtout d'établir le pronostic du traitement chirurgical des néphrites, il compare la décapsulation à la néphrotomie, et à la néphrectomie.

Il fixe les indications et les contre-indications de son opération et rapporte les observations de tous les cas qu'il a opérés.

Celles-ci sont au nombre de 72, ayant donné 7 morts opératoires soit 9,5 pour cent.

2 par urémie ;

2 par dilatation aiguë du cœur ;

1 par hémorrhagie cérébrale ;

1 par dilatation aiguë du cœur et œdème du poumon ;

1 par pneumonie aiguë.

Il étudie les suites éloignées de son intervention —

(1) Surgical Treatment of Brights disease Dugust, 1904.

22 de ses opérés sont morts à une date plus ou moins éloignée. Les causes de la mort ont été les suivantes :

1 Hystérectomie abdominale, 8 ans après la décortication.

1 Opération pour grossesse tubaire, 1 an après la décortication.

1 Pneumonie infectieuse due à une coxalgie suppurée.

1 Pleuro-pneumonie chronique.

1 Gangrène des amygdales et du palais à la suite de grippe.

1 Embolie cérébrale au cours de la grippe.

1 Faiblesse du cœur et urémie au cours de la grippe.

2 Hémorrhagies cérébrales.

1 Pyélo-néphrite suppurée.

1 Œdèmes du poumon.

1 Endocardite.

2 Dilatation aiguë du cœur.

8 Urémie.

Des 43 suivants, il cite 3 résultats inconnus, 23 cas pas encore tout à fait probants, 17 cures absolues.

Edebohls est toujours très convaincu de l'efficacité de son opération.

Pousson, à la séance du Congrès d'Urologie du 22 octobre 1904, n'est pas aussi optimiste : il ne croit pas que la décortication puisse guérir le mal de Bright et être préconisé systématiquement dans tous les cas de néphrites chroniques. Il reste partisan de la néphrotomie et ne la recommande même que dans les cas d'insuffisance urinaire.

A la même séance, Pasteau, Sorel de Dijon, et Vidal,

de Périgueux, ont cité des observations favorables à la décortication.

Legueu relate à la même séance 3 observations de néphrotomie suivies de décortication : il est intervenu surtout à cause de l'hématurie.

Au Congrès de Chirurgie de 1904, M. Ceccherelli de Parme pense que la décapsulation du rein est une opération très bénigne. Il croit que la décapsulation pourra être indiquée dans les cas d'insuffisance aiguë de l'organe, le parenchyme restant sain, car alors on pourra compter sur une rapide épuration du sang. Pour lui, la décapsulation et le drainage pourront prendre la place de la néphrectomie dans les néphrites microbiennes hémorragiques où les lésions seront surtout corticales. Il pense que son expérience est encore insuffisante quant à la décapsulation dans les néphrites chroniques. Il la conseille cependant dans le rein mobile qui souvent est en état de néphrite chronique : les adhérences qu'elle crée entre le rein et les parties avoisinantes sont plus solides et le fonctionnement physiologique de l'organe n'est modifié que dans le sens d'une plus grande activité.

CHAPITRE II

De la décortication dans les néphrites chroniques.

1° BUT DE LA DÉCORTICATION DANS LES NÉPHRITES CHRONIQUES

Edebohls proposa la décortication comme traitement de la néphrite chronique. Il espérait, en formant des adhérences entre le parenchyme rénal et la paroi, améliorer la nutrition de la glande et amener ainsi la régression de la dégénérescence scléreuse du rein.

Nous avons vu dans l'historique comment le chirurgien de New-York fut conduit à édifier cette théorie à la suite de ses opérations de néphropexie pour rein flottant. Dans ces dernières publications Edebohls rappelle encore combien diffère la décortication des interventions proposées antérieurement contre le mal de Bright. Ni Harriison, ni Pousson, en préconisant la néphrotomie n'ont eu l'intention d'en faire le traitement systématique de la néphrite chronique. De plus, ils ne se proposaient pas d'activer la circulation rénale, mais au contraire de diminuer la tension sanguine au sein du parenchyme.

Talamon insiste sur le but absolument différent des deux sortes d'intervention.

Mongour, au contraire, a voulu ramener l'opération d'Edebohls à la néphrotomie. Il considère la décortication comme une opération destinée à diminuer la pression sanguine dans le rein. « Le désaccord, dit-il, entre l'opinion que je défends avec Pousson et celle d'Edebohls n'est qu'apparent, car en assurant une voie de dérivation complémentaire la capsulectomie comme la néphrotomie supprime la congestion passive. Ces deux opérations peuvent donc reconnaître la même physiologie pathologique. » Edebohls ne parle pas de cette dérivation sanguine et, tous ses écrits ne rapportent les résultats obtenus qu'à deux causes, l'une, capitale, la circulation nouvelle établie dans le rein, l'autre, bien moins importante, la libération du parenchyme rénal comprimé dans sa capsule. Edebohls reconnaît que la néphrite parenchymateuse s'accompagne d'une compression du rein par la capsule, tandis que la néphrite interstitielle ne montre à la coupe aucune tendance à la hernie du parenchyme. Son opération agit donc dans certains cas par la diminution de la compression des tubuli contorti et des glomérules en amenant une régénération plus facile des épithéliums qui contribue à la guérison, mais le premier facteur de celle-ci reste la vascularisation active obtenue dans le rein par les nouvelles adhérences. Il s'est du reste attaché à démontrer que la circulation nouvelle se fait bien de la paroi vers le parenchyme rénal. Edebohls rappelle à ce propos que la décortication ne peut être que grossièrement comparée à l'opération de Talma, celle-ci étant seulement destinée à ramener par des voies déterminées

le sang veineux allant à la veine porte, celle-là ayant pour but d'établir une nutrition nouvelle du rein.

Lépine, qui se montre très réservé au point de vue des interventions proposées contre le mal de Bright et de la décortication en particulier, à cause de la gravité de ces opérations chez des sujets si peu résistants, admet cependant très volontiers le résultat poursuivi par Edebohls. « En somme, dit-il, il est incontestable qu'une bonne irrigation du labyrinthe est d'une importance capitale pour la fonction du rein. Dans certaines variétés anatomiques de néphrite, cette irrigation est plus ou moins compromise, parce qu'elle dépend exclusivement des artères afférents. Il est possible que la décapsulation l'améliorera, et dans ce cas on peut espérer que l'activité fonctionnelle des cellules sécrétantes du rein soit favorablement modifiée. » Ce n'est là cependant, d'après le professeur de Lyon, qu'une fausse hypothèse et il dit combien il serait intéressant de vérifier à l'autopsie d'un brightique ayant subi la décortication, ou sur un animal en expérience, si la circulation nouvelle se fait bien vers le parenchyme rénal.

Récemment, des expérimentations ont été tentées pour élucider cette question. Balthazard et Johnson (1) ont opéré sur des chiens, Albarran et Bernard (2), Gayet et Bassan (3), Fabris (4), Ferrarini (5), sur des cobayes,

(1) Johnson : *Annals of Surgery*. 1903. XXXVII. 592. 601.

(2) *Compt. rend. Soc. de Biol. Paris* 1904. 118. 756.

(3) Gayet et Bassan. *Lyon médical*, 1903. 655. 659.

(4) Fabris. *Clinica chirurgica*. Milano. 1903. 779. 791.

(5) Ferrarini. *Clinica chirurgica*. Milano. 811. 841.

Claude (1) et Anzilotti (2) sur différentes espèces animales. La plupart de ces expériences ont été faites sur les reins d'animaux sains et dans tous les cas où il s'est agi de néphrites, c'est toujours la néphrite aiguë qui avait été produite à cause de la difficulté que l'on a éprouvé à déterminer artificiellement la néphrite chronique.

Jonhson déclare à la suite de ses expériences qu'il n'a pas rencontré d'anostomose considérable entre le rein et les vaisseaux de l'atmosphère péri-rénal. Les autres expérimentateurs ont trouvé ces anostomoses, à l'exception de Fabris et peut-être d'Albarran et Bernard. Edebohls dit tenir du docteur Larkin, que celui-ci, dans de nombreuses expériences sur les effets physiologiques de la décapsulation, a obtenu des résultats très différents : « tantôt des vaisseaux de nouvelle formation étaient développés sur une grande échelle, tantôt il y avait très peu ou pas du tout de vaisseaux néoformés. »

Gayet et Bassan ont fait l'expérience suivante :

Après avoir décapsulé l'un des reins d'un cobaye, ils ont sacrifié l'animal. Injectant alors l'aorte, ils ont constaté que le rein décapsulé recevait l'injection beaucoup plus puissamment que son congénère.

Les résultats consignés par Anzilotti sont du plus grand intérêt.

Il a constaté les points suivants dans de multiples expériences. La décapsulation des reins n'altère ni l'état

(1) *Bull. et mém. Soc. méd. des hop. de Paris*, 1903. 478. 483.

(2) Anzilotti, *Clinica moderna*, 1903. 486. 493.

des urines, ni l'état général de l'animal ; la capsule est reproduite en 20 jours ; la nouvelle capsule est plus molle que la première ; la capsule est toujours bien vascularisée après 30 jours, on y voit de nouvelles artères et de nouvelles veines ; la circulation sanguine est augmentée dans l'atmosphère péri-rénale ; après cent cinquante jours il n'y a aucune tendance à la sclérose de la nouvelle capsule, les vaisseaux de celle-ci communiquant librement avec ceux du rein et des tissus péri-rénaux.

Des expériences nouvelles viennent d'être entreprises et les résultats ont déjà été publiés par Asakura (1), Boucz-Osmolowsky (2), Emerson (3), Hall et Hearxheimer (4), Luxardo (5), Stursberg (6), Thelemanner (7) et Van Cott (8).

Ces travaux, tout à fait récents, sont en faveur de la théorie d'Edebohls et les vaisseaux de nouvelle formation ont été rencontrés le plus souvent, nous disent ces auteurs.

Henry Porter (9) a pu écrire à la suite de ces expé-

(1) Asakura : *Mitteilungen a. d. Grenzgeb der Medizin und Chirurgie*, 1903, p. 602-624.

(2) Boucz-Osmolowsky. *Ronosky Vrach*, 1903-801.

(3) Emerson. *Trans. assoc. amer. Physicians*, 1903, 192-196.

(4) *British Medical Journal*, 1904, 819-822.

(5) Luxardo. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 1903, 1158-1160.

(6) Stursberg. *Mitteilungen a. d. Grenzgeb der Medizin. u. Chirurgie*, 1903, 625-634.

(7) Thelemanner *Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1904, 538-540.

(8) Van Cott. *Medical News*, 1904, 970-975.

(9) Henry Porter : *Monatsberichte für Urologie*, 1904, IX, 253.

riences . « Nous admettons avec Stursberg que l'expérimentation animale ne peut fournir d'autres renseignements sur la valeur de l'opération d'Edebohls. Mais alors même que l'on admet la formation d'une circulation nouvelle à la surface du rein il reste à démontrer que la formation des nouveaux vaisseaux est capable de guérir le mal de Bright. Cette question ne peut être résolue autrement que par l'observation chez l'homme. »

Admettant la théorie d'Edebohls, le professeur Schmitt combat le principe de la décortication. Puisque les néphrites chroniques sont dues à une altération du sang, dit-il, si la circulation devient plus intense, les lésions rénales ne pourront qu'en être qu'augmentées. En plus, la congestion et la tension étant déjà trop considérables dans la glande, cette nouvelle circulation ne fera que les exagérer. Il prétend aussi que souvent les adhérences peuvent être dures et scléreuses et qu'ainsi l'opération aggraverait encore l'état du rein. Mais ces vues du professeur Schmitt ne sont que des hypothèses, qu'aucun fait clinique ne vient corroborer.

Les travaux de Claude et Balthazard, par leurs décortications rénales sur des chiens, sont autrement intéressants. Ils arrivent à conclure que l'on doit croire que la décortication arrive à diminuer la tension sanguine, tout en augmentant la tension urinaire. « Nous avons montré, disent-ils, que les néphrites sont caractérisées par des valeurs élevées de $\frac{\Delta}{\delta}$: d'autre part l'hypertrophie du ventricule gauche dans certaines néphrites, l'élé-

vation de la tension artérielle témoignent de l'activité exagérée de la circulation.

« Il y a donc tout lieu de penser que dans ces cas la décapsulation du rein pourra abaisser la valeur de $\frac{\Delta}{\phi}$ comme chez les chiens normaux et assurer ainsi une dépuratation urinaire plus satisfaisante avec un effort cardiaque moindre ».

Le professeur Lépine, dans ses expériences qu'il relate dans la *Semaine médicale* du 3 décembre 1902. n'a pas trouvé des résultats aussi concluants.

« L'animal étant endormi par l'éther, on met à nu le rein par une incision lombaire, on l'attire au dehors et on pince la veine rénale au moyen d'une ligature latérale de façon à produire une turgescence assez prononcée de l'organe, puis on le replace et on suture la plaie.

On met alors une canule dans chacun des uretères près de la vessie et on recueille l'urine des deux côtés pendant deux heures. Naturellement la sécrétion est moins abondante du côté où la veine a été pincée et bien que la proportion centésimale de l'urée et du chlorure de sodium soit augmentée de ce côté, cette augmentation du pourcentage ne compense pas le défaut de matières solides résultant de la diminution du volume de l'urine, de sorte que la quantité absolue de l'urée ainsi que celle du chlorure de sodium est moindre du côté lésé : on enlève alors la suture on attire de nouveau le rein au dehors, on le décapsule ce qui entraîne une légère hémorrhagie par les vaisseaux de la surface et on le remet en place. Or pendant les deux heures suivantes,

il y a peut-être une légère augmentation de l'urination, mais sur aucun des trois animaux sur lesquels j'ai expérimenté, elle n'a été assez nette pour que je puisse l'affirmer sans réserves. »

Cette question essentiellement clinique, ne pourra évidemment être jugée qu'à la suite d'observations multiples. Nous avons cité à ce sujet l'opinion d'Henry Porter. Il nous suffit de savoir que l'opération d'Edebohls n'est pas contraire *a priori* aux expériences de laboratoire et il nous semble très juste de répéter après le docteur Le Nouëne : « On ne peut rejeter par principe l'opération d'Edebohls, et, malgré tout ce qui reste d'inconnu dans la physiologie de la décapsulation, il y a lieu de considérer les faits cliniques relatés en tenant compte surtout de ce que les résultats de l'intervention ont été constatés avant la théorie édifiée par Edebohls ».

2° RÉSULTATS DE LA DÉCORTICATION DANS LES NÉPHRITES CHRONIQUES

OBSERVATION I

Ferguson : *Médical Standard*, juin 1901. Rapportée par R. Guiteras, in *The, New-York méd. Journal*, 17 mai 1902, page 850.

Exposition au froid suivie de douleurs dans le rein gauche pendant trois ans. Pas d'albumine mais urines rares et cylindres hyalins. Le rein est exposé et décapsulé. Une pierre avait été soupçonnée dans le rein. L'examen histologique montre une néphrite chronique interstitielle. Guérison.

OBSERVATION II

Ferguson : *Médical Standard*, juin 1901. Rapportée par R. Guiteras, *loc. cit.*

Douleurs chroniques dans le rein droit pendant deux ans. Exacerbation aiguë. On suspecte le rein septique.

Pas d'albumine. Décapsulation suivie de la disparition de la douleur.

OBSERVATION III

George Edebohl (de New-York), *Medical Record*.

Mlle A. L..., malade à l'hôpital, 18 ans, néphrite interstitielle chronique, droite.

Opération le 29 novembre 1892. néphropexie droite. Maladie de Bright chronique, un an avant l'opération à ma connaissance. L'urine devient normale deux mois après l'opération et reste parfaitement normale jusqu'à la date du dernier examen 15 avril 1901. A cette date le sujet jouissait d'une parfaite santé.

Le 27 mai 1904, guérison parfaite, urine normale.

OBSERVATION IV

George Edebohls (*Medical Record*)

Mme G. H..., malade de l'hôpital, 39 ans, néphrite intersti-tielle chronique droite et gauche. Opération le 20 avril 1893. Néphropexie bilatérale. Mal de Bright reconnu peu avant l'o-pération de durée antérieure inconnue.

A la sortie de la malade six semaines après l'opération, il n'y a pas eu d'amélioration. La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION V

George Edebohls (*Medical Record*).

Mme M. M..., adressée par le docteur R.-G. Viener, 28 ans néphrite chronique, diffuse, droite, avec formation d'un grand kyste : le rein gauche est probablement malade.

Opération, 2 mai 1893 : incision du rein droit et évacuation du contenu kystique. Suture de la plaie du parenchyme rénal. Mal de Bright chronique durant plusieurs années.

D'après le docteur Viener, la néphrite a persisté après l'opé-ration. Le docteur Viener m'écrivit le 7 novembre 1901 que Mme M. M..., est morte le 31 mai 1901, après une hystérectomie abdominale faite par le docteur A..., elle a eue son rein gauche enlevé il y a 3 ans, par le docteur B... Cette malade a donc vécu 8 ans, après une opération et les cinq dernières années

avec le seul rein que j'ai opéré. A la fin, elle a eu de la néphrite mais pas suffisamment inquiétante pour contre-indiquer l'opération dont elle est morte.

OBSERVATION VI

George Edebohls (*Medical Record*).

Mlle L. G..., adressée par le docteur G.-L. Morrow, 25 ans.
Néphrite interstitielle chronique gauche, rein droit sain.

Opération, 2 janvier 1896. — Néphropexie bilatérale. Mal de Bright reconnu peu de temps avant l'opération a disparu d'une façon permanente trois mois après l'opération.

Le 21 novembre 1901 l'urine est normale et la santé parfaite.

Le 18 mai 1904, guérison parfaite. Urines normales.

OBSERVATION VII

George Edebohls (*Medical Record*).

Mme M. F..., adressée par le docteur P. G..., 42 ans.
Néphrite interstitielle chronique droite. Néphropexie droite le 1^{er} novembre 1897. La malade a été constamment en traitement pour néphrite chronique pendant six ans avant l'opération. L'urine devient normale un an après l'opération et l'est restée depuis : le 3 octobre 1901 l'urine est normale et le sujet en parfaite santé.

Le 22 mai 1904 état bien meilleur qu'avant l'opération.

OBSERVATION VIII

George Edebohls (*Medical Record*).

Mlle S. O..., adressée par le docteur J.-A. Strong, 20 ans.
Néphrite interstitielle chronique gauche, rein droit sain. Le 10

janvier 1898, néphropexie bilatérale. Le mal de Bright a été découvert accidentellement peu de temps avant l'opération.

L'urine devient normale un mois après l'opération et l'est restée depuis. Le sujet est en parfaite santé.

C'est la première malade opérée de propos délibéré pour un mal de Bright.

Le 4 juin 1904, guérison parfaite. Urine normale.

OBSERVATION IX

George Edebohls (*Medical Record.*)

Mme F... B., adressée par le docteur J.-M. Egan, 38 ans.
Néphrite interstitielle droite et gauche.

Le 14 janvier 1899. Néphropexie bilatérale. Maladie de Bright reconnue plusieurs mois avant l'opération. Durée inconnue de la maladie avant que l'on fit le diagnostic. L'urine devient pour toujours normale cinq mois après l'opération.

Le 26 octobre 1901 l'urine est normale et le malade en parfaite santé.

Revue le 20 mai 1904. Urine normale. Guérison parfaite.

OBSERVATION X

George Edebohls (*Medical Record.*)

A. Van W... adressée par le docteur R.-B. Morrow, 45 ans.
Néphrite interstielle chronique gauche. Rein droit sain.

Le 6 mars 1899, néphropexie bilatérale. Mal de Bright reconnu peu de temps avant l'opération. L'urine devient pour toujours normale quatre mois après l'opération.

Le 25 octobre 1901 l'urine normale d'ailleurs contient des

cristaux uriques très abondants. Le malade est goutteux, mais la santé reste bonne par ailleurs.

Le 28 juin 1904, guérison parfaite. Urine normale.

OBSERVATION XI

George Edebohls (*Medical Record.*)

Mme G... G., malade de l'hôpital, 42 ans. Néphrite interstitielle chronique droite.

(Rein gauche?) Le 2 mai 1899 néphropexie droite. Mal de Bright reconnu 5 mois avant l'opération. Cinq semaines après l'opération à la sortie de la malade l'albumine et les cylindres sont presque disparus de l'urine. La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION XII

George Edebohls (*Medical Record.*)

Mme L... I., malade de l'hôpital, 26 ans. Néphrite interstitielle chronique droite, rein gauche sain.

Le 15 mai 1899 néphropexie bilatérale. Mal de Bright reconnu six mois avant l'opération.

Pas de changement quatre semaines après, lorsque la malade quitta l'hôpital. Elle n'a pas été revue.

OBSERVATION XIII

George Edebohls (*Record Medical.*)

Mme S... E., 28 ans. Néphrite interstitielle chronique droite. Rein gauche sain.

Le 4 novembre 1899 néphropexie bilatérale. Durée du mal de Bright avant l'opération inconnue. Quatre semaines après l'opération pas de changement, la malade n'a pas été revue.

Elle mourut après une opération pour grossesse titulaire droite, rompue un an après la néphropexie. Les docteurs S.-I. Meltzer et J. Brethauer qui lui donnèrent des soins dans sa dernière maladie, m'informent qu'il n'y avait alors plus de mal de Bright : l'urine était parfaitement normale.

Le 30 juin 1904, guérison parfaite. Urine normale.

OBSERVATION XIV

George Edebohls (*Medical Record.*)

Mlle R... H., adressée par le docteur J. H. Blauvelt Nyack, 22 ans. Néphrite interstitielle gauche et périnéphrite aiguë. Rein droit normal. Opération le 5 novembre 1900. Néphropexie bilatérale. Le mal de Bright a été découvert accidentellement juste avant l'opération. L'urine devient pour toujours normale deux mois après l'opération.

Le 15 novembre 1901, l'urine est absolument normale et la malade en parfaite santé.

Le 30 juin 1904, guérison parfaite : urine normale.

OBSERVATION XV

George Edebohls (*Medical Record.*)

Mlle M... D., malade de l'hôpital, 19 ans. Néphrite interstitielle droite et gauche.

Le 30 novembre 1900, néphropexie droite,

Le 9 avril 1901, néphropexie gauche.

Le mal de Bright a été découvert juste avant la néphropexie

droite : elle persiste jusqu'à la néphropexie gauche. Cinq mois après cette dernière opération tout signe de néphrite avait disparu.

Le 22 octobre 1901 l'urine est normale.

Le 14 mai 1904 guérison parfaite, urine normale.

OBSERVATION XVI

George Edebohls (*Medical Record.*)

Mme L... K., adressée par le docteur Ruhl, 23 ans. Néphrite chronique diffuse droite et gauche avancée

Le 8 avril 1901, néphropexie bilatérale.

La mère de la malade est morte à 40 ans et sa sœur unique à 27 ans toutes deux de mal de Bright. Son père et son plus jeune frère en sont tous deux atteints. La malade elle-même a été en traitement pendant plus d'une année. Le docteur Ruhl propose une opération.

Le 29 octobre 1901 il y a une amélioration notable dans l'analyse des urines. L'albumine est d'un tiers diminuée et les cylindres sont moins nombreux.

La malade est améliorée à tous les autres points de vue. Revue le 10 juillet 1901, l'amélioration continue.

OBSERVATION XVII

George Edebohls (*Medical Record.*)

Mme R... K., adressée par le docteur Ruhl, 31 ans. Néphrite interstitielle chronique droite et gauche.

Le 15 avril 1901, néphropexie bilatérale.

Le mal de Bright a été reconnu peu de temps avant l'opération.

Le 4 novembre 1901 l'urine est normale excepté l'abaissement du poids spécifique.

Le 17 juillet 1904. Guérison parfaite. Urine normale.

OBSERVATION XVIII

George Edebohls (*Medical Record.*)

Mlle I... H., adressée par le docteur J.-H. Mac. Guiré, 33 ans. Néphrite diffuse chronique droite et gauche avec formation kystique et dans le rein gauche.

Le 6 mai 1901 néphropexie bilatérale. Le mal de Bright a été découvert accidentellement un an avant l'opération. Un morceau de tissu rénal enlevé à l'opération montre une néphrite chronique avancée à l'examen microscopique pratiquée par le professeur H. I. Brooks. L'amélioration commença aussitôt après l'opération et le 5 novembre 1901 le professeur Brooks rapporte que l'urine ne renferme que de très légères traces de troubles rénaux.

16 mai 1904, guérison parfaite. Urine normale.

OBSERVATION XIX

George Edebohls. (*Méical Record.*)

Mme M. S..., adressée par le docteur T. Wardon. (Galnont Canada) 33 ans. Néphrite parenchymateuse chronique droite et gauche.

Le 17 octobre 1901 incision de la capsule propre des deux

reins. Le mal de Bright dure depuis 5 ans. L'opération a été conseillée par le docteur Howitt (Guelph ont Canada) en consultation avec le docteur T. W. Wardon, médecin de la maladie. Celle-ci était moribonde au moment de l'opération.

L'albumine fut trouvée pour la première fois en 1896. Depuis, une grossesse qui s'est terminée le 5 mai 1899 par la naissance d'un enfant à terme, cette femme a souffert continuellement du mal de Bright qui suivit son cours ordinaire en dépit de tous les soins et du régime que la fortune de la malade lui permettait de suivre. Vers le 20 septembre 1901 cette femme a été vue par le docteur H. Howitt en consultation avec le docteur Wardon. Le docteur Howitt, dont j'ai eu le grand plaisir de faire la connaissance à l'occasion d'un récent voyage au Canada et à qui j'avais donné quelques détails sur mon expérience du traitement opératoire du mal de Bright, a eu le courage d'assumer la responsabilité de m'envoyer la malade. Dans une lettre du 23 septembre le docteur Wardon décrit la situation de la malade à ce moment.

La malade émet 27 onces d'urine par jour. Le poids spécifique est de 1.020 grammes; l'urine contient de 50 à 70 centigrammes d'albumine et d'abondants cylindres. Il y a de l'œdème des membres intérieurs et un peu de liquide dans l'abdomen. Le pouls est à 100, la température de 99 à 100. 3 Fahrenheit.

La femme s'assoit 2 ou 3 heures par jour et peut marcher un peu. Il y a bouffissure intermittente de la face. Pas de céphalée depuis plusieurs semaines. L'avis du docteur Howitt ne fut suivi qu'après un certain retard, pendant lequel la malade baisse rapidement en dépit du traitement intensif. La quantité d'albumine diminua jusqu'à ce que deux semaines avant l'opération la malade n'émit seulement que 10 à 12 onces par 24 heures.

Le 12 octobre, on incisa en plusieurs fois la peau tendue des 2 extrémités pour permettre à l'œdème de s'échapper et le 15 octobre, 2 galons 1/2 ont été retirés du ventre par aspira-

tion. Ces interventions ont été conseillées par le docteur Howitt et exécutées par le docteur Wardon pour préparer l'opération.

Je vis la malade pour la première fois le jour de l'opération, le 17 octobre 1901. La face présentait la pâleur caractéristique du mal de Bright avancé, elle était complètement œdématisée et incapable de respirer dans la position couchée : elle était obligée de rester assise dans son lit. Pouls 120 à la minute. Température un peu au dessous de 100 Farenheit. Respiration, 30 par minute. Œdème des lobes inférieurs des 2 poumons.

Il était évident que la fin approchait. Avec quelques inquiétudes sur l'issue de l'opération, celle-ci fut faite à l'hôpital de Galw, avec l'aimable et utile assistance des docteurs Howett et Wardon. Le docteur J. S. Wardleau administra habilement l'éther. L'hémorrhagie fut minime, mais la sérosité sortait de tous les tissus de la plaie. Les temps de l'opération étaient rendus difficiles par la profondeur de la plaie à cause de l'œdème qui l'entourait. L'excision de la capsule propre des deux reins fut faite aussi vite que possible. Les deux reins étaient considérablement hypertrophiés et nous présentaient tous les caractères de la néphrite parenchymateuse très avancée, formant un exemple typique de ce qu'on appelle le gros rein blanc.

La malade fut reportée dans sa chambre quarante-cinq minutes après l'avoir quittée. Ce temps avait suffi pour l'anesthésie, le nettoyage du champ opératoire, l'opération des deux reins et l'application du pansement. Quelques fils de soie furent placés pour assurer le drainage de la sérosité, et les plaies furent fermées par suture. Le drainage fut enlevé par le docteur Wardon après quelques jours, et les plaies guérirent par première intention.

Quelques jours après l'opération, l'état général resta très alarmant et même s'aggrava. La température resta à 103°8 F. avec un pouls à 132 et 40 de respiration.

Le cinquième jour après l'opération, l'amélioration se fit lentement, mais chaque jour s'amenda. Le montant des urines

pour les dix jours qui suivirent l'opération varia entre 2 et 15 onces, avec un total de 92 onces pour les dix jours. A partir du cinquième jour, la quantité quotidienne de l'urine augmenta rapidement jusqu'à atteindre 44 onces le 20 novembre et 55 onces le trente-sixième jour après l'opération. Les faits concernant l'urine ont un intérêt spécial : ils soutiennent la conception que j'ai exprimée sur le mode d'action de mon opération. Les dernières nouvelles reçues du docteur Wardon, le 1^{er} décembre 1801, disent que l'hydropisie générale et l'œdème pulmonaire ont graduellement disparu ; il y a pourtant une légère tendance à l'accumulation du liquide dans l'abdomen qui suggère l'hypothèse d'une cirrhose du foie qui compliquerait la néphrite chronique.

Mme S... peut reposer et dormir dans la position horizontale, sans oreiller et sans la moindre gêne. Elle gagne en forces, n'a aucune douleur dans la tête. ni dans aucune autre partie du corps.

Elle sent, mange et dort bien. Le teint est meilleur ; j'espère la lever cette semaine. La quantité de l'albumine est de 40 à 50 centigrammes au lieu de 50 à 70 avant l'opération. Les cylindres de toutes sortes, grands et petits, hyalins et granuleux épithéliums et mélangés sont actuellement en grande abondance.

La quantité de l'urine émise pendant le mois de novembre est de 1.300 onces, dont 390 furent émises pendant les dix premiers jours du mois, 440 pendant les seconds dix jours et 466 pendant les derniers dix jours.

La densité a varié entre 1014 et 1025, mais le pourcentage de l'urée est toujours le même. Malheureusement, une pyélite droite aiguë s'est développée le 5 décembre, et l'issue de cette affection est toujours douteuse actuellement.

OBSERVATION XX

Néphrite hémorrhagique. — Décapsulation des deux reins dans la même séance.

G. Edebohls (*British medical journal*, 2 novembre 1902.
p. 1520.)

Femme mariée 68 ans. Grave attaque d'influenza en janvier 1900 suivie d'albuminurie avec cylindres. Grave et persistante hématurie. Vue le 7 mars 1900. Malade urémique : urines noires avec sang. Rein droit augmenté trois ou quatre fois de volume, déplacé, mobile, sensible à la pression sur une surface de quatre inches. Rein gauche deux fois augmenté de son volume, déplacé, non douloureux à la pression.

L'examen de l'urine par le professeur Brooks montre des cellules de toutes variétés en abondance et une grande quantité de sang. Le diagnostic du professeur Brooks est : hémorrhagie rénale, tumeur ou pierre. Le diagnostic clinique est « tumeur du rein droit ».

Opération le 8 mars 1900 sous l'anesthésie par l'oxygène et l'oxyde « nitrons ». Incision lombaire bilatérale. Rein droit présente trois fois son volume normal, est noirâtre de congestion, dur et infiltré de nombreuses extravasations sanguines. Aucun symptôme de pierre ni de tumeur à une soigneuse exploration du rein découvert. Rein gauche présente deux fois son volume normal, et d'ailleurs dans les mêmes conditions que le rein droit, avec en plus trois kystes dont le plus volumineux à trois centimètres de diamètre. Néphrite très accentuée des deux organes.

Le plus volumineux des kystes fut enlevé et les deux plus petits ponctionnés. La décapsulation des deux reins et la fixation au moyen de la capsule détachée furent ensuite pratiquées.

L'hémorrhagie rénale cessa immédiatement et définitivement après l'opération. Les cellules et l'albumine dans les urines avec l'urémie et occasionnellement le coma urémique persistèrent pendant les deux premières semaines après l'opération et finirent par disparaître. Après trois semaines, la malade fut considérée comme guérie et se leva.

Le 29 mars 1900 elle contracta une pneumonie, résultat d'une exposition aux courants d'air. Il survint un œdème du poumon auquel elle succomba le 4 avril 1900.

L'examen après la mort montra le rein gauche revenu à son volume normal, le rein droit légèrement augmenté de volume, les deux reins bien portants en apparence. Une section des deux reins ne donna aucun témoignage de pus, de pierre ou de tumeur.

L'examen microscopique par le professeur Brooks montra que les deux reins étaient normaux.

OBSERVATION XXI

Dégénérescence polykystique du rein et néphrite diffuse chronique. — Décapsulation des deux reins.

G. Edebohls (*British medical journal*, 8 novembre 1902).

Femme mariée âgée de 36 ans, souffrant du mal de Bright chronique.

Mobilité des deux reins. Appendicite chronique. Rétroversion de l'utérus, Hernie inguinale droite.

Le 16 avril 1902, ablation de l'appendice vermiforme à travers une incision lombaire droite. Décapsulation des deux reins et néphropexie bilatérale. Périnéphrite chronique et épaissement de la capsule propre des deux côtés. Excision totale des deux capsules graisseuses. Les deux reins sont légèrement augmentés de volume, un peu durs et lobulés. Le rein gauche

présente en plus, de nombreux kystes séro sanguins de la grosseur d'un pois dispersés à travers l'organe. L'examen d'une petite pièce enlevée du rein par le professeur Brooks montre les caractères histologiques de la néphrite diffuse avec modifications parenchymateuses plus marquées.

La convalescence a été troublée par une attaque de pneumonie et une légère infiltration d'urine dans la profondeur d'une des plaies qui fut ouverte et guérie par granulations.

Le 19 mai 1902, curetage de l'utérus, amputation du col, raccourcissement inguinal des ligaments ronds et cure radicale de la hernie inguinale droite.

Quand le malade quitta l'hôpital, le 20 juin 1902, sa santé était bonne et continuait à s'améliorer. 19 mai 1904, guérison parfaite et urine normale.

OBSERVATION XXII

Ramon Guiteras (de New-York.) *The New-York Medical Journal*. The surgical treatment of Bright's disease. A preliminary communication, p. 847 et suivantes.

Mon premier malade est un boulanger âgé de 79 ans. Il me fut amené comme ayant une hypertrophie prostatique pour que je lui enlève la prostate. Ses principaux symptômes sont : maux de tête, fréquentes mictions (7 à 8 fois pendant le jour, 7 à 8 fois pendant la nuit).

A l'examen, je trouve un homme d'une stature moyenne, bien nourri, sans trop d'œdème sauf sur les yeux, où une bouffissure marquée de la peau, se montre. On ne peut pas palper les reins. Les organes génitaux externes sont normaux. La prostate paraît par le rectum légèrement augmentée l'urethère est de calibre normal. L'examen de la vessie montre la présence de 2 onces d'urine résiduale, mais autrement il est négatif.

L'analyse de l'urine de vingt-quatre heures donne le résultat suivant :

Quantité : 95 onces.

Réaction : acide.

Poids spécifique : 1016.

Urée : 1.21 pour 100.

Albumine : 0.125 pour un litre.

Les sédiments montrent des épithéliums de la vessie et du bassin et de nombreux cylindres hyalins et granuleux. Le malade souffrait donc d'une néphrite chronique en plus de son hypertrophie prostatique. La vessie était dans de bonnes conditions non enflammée et contenait seulement 2 onces de résidu urinaire.

Ici se posait un problème intéressant. Le principal danger de la prostatectomie réside dans l'état des reins. Il est important que les reins soient sains pour tenter une opération. Il me parut donc logique d'opérer d'abord les reins et après les avoir améliorés autant que possible, d'opérer la prostate.

Donc les reins ont été exposés par des incisions lombaires verticales. Pour les deux reins la capsule graisseuse fut trouvée adhérente à la capsule propre. Les pédicules étaient courts et à cause de cela les reins ne peuvent être sortis de la plaie lombaire comme on en avait l'intention. La capsule propre n'était pas très adhérente au parenchyme. On ne s'est servi que deux fois des ciseaux. Les reins étaient tous deux mous, gris sombre ou noir bleuâtre. Il y a eu un suintement considérable de sang de la surface dénudée. La capsule propre a été séparée de la capsule graisseuse au moyen de ciseaux courbés. Les reins sont alors replacés et la capsule propre, le fascia et la peau suturés séparément. L'urine a diminué à peu près de moitié pendant les quelques jours qui suivirent l'opération. La couleur était foncée, le poids spécifique élevé et il y avait une grande quantité de globules rouges, de cellules épithéliales et de cylindres.

Le dernier spécimen obtenu un mois après l'opération montre

une réaction acide, un poids spécifique de 1,015. de l'urée en quantité de 2,1 p. 100 de légères traces d'albumine, pas d'épithélium rénal, peu de cylindres hyalins et granuleux.

La guérison du malade s'est produite sans incident. Les plaies se réunirent par première intention et le malade se leva au bout de deux semaines.

L'amélioration montrée par l'urine était plus grande que celle qu'on pouvait attendre d'un homme de cet âge. Le temps seul dira si cette amélioration continuera et mènera à une guérison, ou bien si l'état deviendra pire après une amélioration passagère.

Je dois ajouter que les symptômes prostatiques ont tous disparu et que le malade urine normalement.

OBSERVATION XXIII

Ramon Guiteras. *The New-York Medical Journal*

17 mai 1902.

Le second cas était celui d'une femme de 35 ans qui présentait des signes très nets de mal de Bright, plus nets que ceux présentés par le premier malade. Elle se plaignait de douleurs dans le côté droit de l'abdomen et les lombes, de maux de tête et de troubles gastriques depuis plusieurs mois. L'examen montra que son cœur et son poumon étaient normaux, son poids de 90, plein et fort, les artères saines. La température était de 98°2 à 98°6 F. L'urine était claire, acide, d'un poids spécifique de 1,026, contenant beaucoup d'albumine, de cylindres granuleux, et de l'épithélium rénal. Malheureusement on n'a pas fait l'examen quantitatif de l'urée.

A la palpation on trouve un rein mobile, et sachant de mon expérience et de l'expérience d'autres chirurgiens que les reins mobiles sont susceptibles de devenir atteints de néphrite qui

peut être améliorée par l'ouverture de la capsule, son excision partielle et sa fixation tant au point de vue de la mobilité rénale que de la néphrite, je fis la néphropexie sur le côté atteint dans le but de faire disparaître les symptômes et de guérir si possible la néphrite.

Cette malade a été opérée il y a deux semaines et elle est en très bon état.

Le docteur A. T. Cabot rapporte deux cas de décapsulation des reins :

OBSERVATION XXIV

(*Boston Medical and Surgical Journal*, 23 octobre 1902.)

L'homme dont les symptômes firent croire à une néphrite interstitielle a eu six convulsions la semaine qui précéda l'opération. Il resta dans un état de stupidité et parfois de délire jusqu'au moment de l'opération.

L'opération fut faite sous l'éther et dura un peu plus d'une demi-heure. Elle fut bien supportée et le malade s'est bien relevé de l'anesthésie. Le soir, il a eu une courte convulsion ; mais, à partir de ce moment, la convalescence a suivi son cours régulier. Tandis que, avant l'opération, le malade mangeait difficilement, aussitôt après il eut de l'appétit. Les plaies guérirent rapidement et, en moins d'un mois, le malade put se lever un peu tous les jours.

(Huit jours après que ce cas a été rapporté, le sujet est mort subitement sans prodromes, ayant été aussi bien portant que d'habitude, excepté la réapparition de l'intermittence et de l'irrégularité du pouls. Un examen partiel a été fait du cadavre. L'état des reins a été trouvé très artério-scléreux. Le cœur était dilaté et fixé solidement au péricarde, comme à la suite d'une péricardite adhésive.)

OBSERVATION XXV

Ce cas, qui est celui de la malade traitée à l'hôpital, est montré à l'assemblée. La femme était pâle, atteinte d'œdème, avec beaucoup d'ascite. Elle supporta très bien l'opération et l'amélioration suivit immédiatement l'intervention. Elle fut cependant moins marquée que dans le cas de l'homme. Le mal de tête persistant disparut et l'ascite, qui avait du être aspirée quelque temps avant l'opération, fut plus lente qu'autrefois à se reproduire. La femme pouvait prendre de la nourriture et gagnait des forces.

Après les deux opérations, la quantité de l'urine augmenta et le nombre des cylindres diminua. Dans aucun des cas, les cylindres et l'albumine n'ont disparu complètement.

Le docteur J. W. Eliot rapporte les cas suivants de la décapulation des reins pour néphrite :

OBSERVATION XXVI

Boston Medical and Surgical Journal, 23 octobre 1902.

Un homme, transporté du service du docteur Cutle, a eu des convulsions, des vomissements, de l'œdème, et est venu chez nous dans un très triste état.

Il y avait au moins deux inches de tissu œdématisé dans le dos. Quand nous avons incisé les reins, le suintement du sang a été abondant; plusieurs vaisseaux rencontrés saignaient comme une artère radiale.

L'un des reins était double de son volume normal, placé dans un tissu gros, enflammé, dans lequel il y avait beaucoup de vaisseaux sanguins. Un morceau de rein fut excisé et envoyé

au docteur Wright, qui déclara que c'était une néphrite glomérulaire subaiguë, type qui est réputé mauvais pour le traitement opératoire. La capsule des deux reins fut complètement enlevée.

Depuis l'opération, le malade s'est beaucoup amélioré. L'œdème et les maux de tête ont disparu. Le sujet n'a pas eu de convulsions et se sent dans un état de santé magnifique.

La tension sanguine semble avoir baissé, la quantité d'urée semble un peu inférieure à la normale, mais sans rien de remarquable pour un homme alité. Nous ne lui avons pas encore permis de se lever. L'amélioration a commencé après deux semaines.

OBSERVATION XXVII

Un enfant, vu avec le docteur Cutler, est opéré par le docteur Brooks devant moi. C'était un cas de néphrite post-scarlatineux.

A l'opération, il n'a pas été prélevé de substance rénale pour le diagnostic. On devrait toujours le faire, car le diagnostic par les urines ne nous donne aucune indication certaine, quant au type de la néphrite.

Il n'y a guère eu d'amélioration à la suite de l'opération, sauf que le malade paraît plus brillant.

OBSERVATION XXVIII

(Prise par le docteur Le Nouène, dans le service
du docteur R. Sorel (Le Havre))

*Néphrite chronique bilatérale. Décortication des deux reins.
Mort subite le soir de l'opération.*

J... René, âgé de 36 ans, entre le 10 octobre 1902 dans le service du docteur Sorel.

Antécédents héréditaires tuberculeux. Pas de maladie antérieure.

A été pris, il y a six mois, de douleurs dans les épaules et le cou de pied. N'a jamais souffert dans la région lombaire, mais présente, depuis un temps indéterminé, de la bouffissure de la face ; surtout le matin, des fourmillements dans le bras droit, de l'oppression, des épistaxis bénins.

Depuis quinze jours, cet homme souffre de violents maux de tête et présente de l'œdème des jambes, qui a disparu depuis qu'il est au repos.

A l'examen, on ne constate d'œdème ni des membres inférieurs, ni de la paroi abdominale. Il y a un peu de bouffissure autour des yeux.

La région lombaire est douloureuse à la pression, des deux côtés, mais on ne peut sentir les reins. Pouls régulier, à 110. Rien au cœur ni aux poumons.

L'analyse des urines, faite par M. Dominique, donne les résultats suivants :

Albumine : au litre, 8 gr. 60.

Sédiments :

Pas d'éléments minéraux.

Rares cellules épithéliales.

Corpuscules sanguins assez nombreux.

Leucocytes assez nombreux.

Nombreux cylindres hyalins, surtout mixtes.

Bactéries.

Le malade est soumis au régime lacté. Il urine environ un litre par jour. Depuis déjà dix jours le sujet était au régime du lait. L'état reste le même sauf que l'albumine après avoir d'abord augmenté diminue. La céphalée et la dyspnée persistent.

Le 18 octobre le docteur Sorel pratique la décortication des deux reins. Il est difficile de faire sortir les reins à cause de l'embonpoint du sujet. La décortication elle-même se fait au contraire facilement. Les reins sont gros, mous, granuleux.

On met un drain dans chacune des plaies et on les ferme par une suture en 8 de chiffre qui prend les muscles et la peau. L'opération a duré une heure.

Après son réveil l'opéré se trouve bien ; cependant il est pâle et transpire beaucoup. Il dort quelques heures dans l'après-midi. Le soir vers 21 heures il se plaint de souffrir dans la région lombaire et on lui fait une piqûre de morphine. Après quelques instants, il demande à boire et à minuit il pousse un cri, pâlit subitement et tombe sans connaissance. Malgré la caféine, l'éther, la respiration artificielle, il fut impossible de le ramener.

L'opéré avait uriné quelques heures avant de mourir.

Autopsie : trente-six heures après la mort, on extrait les reins par les plaies lombaires. Le droit pèse 115 grammes et le gauche 135 grammes. Les artères et les veines rénales ainsi que les uretères sont examinés par l'abdomen et paraissent normaux et sans déchirure.

A la coupe le rein droit est pâle, le foie normal. On ne voit rien de pathologique à l'examen de l'intestin et de la rate. Pas de sang dans la cavité abdominale. La vessie contient de l'urine et paraît normale.

Pour des raisons spéciales il est impossible de faire l'examen des organes thoraciques.

Voici le résultat des études du docteur Nicolle professeur à l'école de médecine de Rouen.

« Les deux reins présentent également les lésions les plus avancées de sclérose rénale (néphrite interstitielle). Le tissu épithélial est presque entièrement disparu, il ne reste presque plus de glomérules. A la place de ces éléments nobles, il existe un tissu conjonctif dense. Les artères sont prises (endo et péri-artérite). En somme néphrite interstitielle à un degré difficilement compatible avec la vie ».

OBSERVATION XXIX (Inédite et personnelle).

(Due à l'obligeance de M. le docteur Sorel, de Dijon.)

Néphrite chronique bilatérale.

Jeanne G..., 27 ans, ménagère. Antécédents héréditaires bons. Fluxion de poitrine à 6 ans. Fièvre typhoïde à 18 ans.

Bien réglée. A 22 ans, accouchement normal d'un garçon. Quelques mois après, la malade est prise de douleurs dans le ventre, tantôt à droite, tantôt à gauche. Les douleurs augmentent et la malade s'affaiblissant de plus en plus, elle entre, en septembre, dans le service du docteur Sorel, à l'hôpital Pasteur du Havre.

En octobre, opération : l'ovaire gauche est extirpé, et plusieurs petits kystes de l'ovaire droit sont brûlés au thermocautère. La malade quitte l'hôpital, guérie, cinq semaines après. L'urine, à ce moment, ne renfermait aucun élément anormal.

Presque aussitôt après sa sortie de l'hôpital, la malade devient enceinte.

Elle consulte le docteur Sorel dans sa clinique, car elle souffre dans le ventre ; avortement d'un fœtus de deux mois et demi.

Deux ans après, nouvelle grossesse ; accouchement normal d'une fille qui meurt à cinq mois et demi d'une hernie étranglée.

Depuis son premier accouchement, la malade a de fréquentes envies d'uriner. Elle a remarqué que son urine formait des dépôts. un an avant l'opération nouvelle qui nous concerne ; la malade a des douleurs de la région lombaire, surtout à droite, des coliques dit-elle. Elle n'urine pas de sang, mais les douleurs sont telles que la malade doit rester couchée plusieurs jours. Elle a de la fièvre.

Le docteur Jules Maze propose l'opération, car il y a augmentation du volume de la région lombaire droite. La quantité d'urine émise n'a pas varié, et la malade n'a jamais rendu de calculs.

La malade se décide à l'opération et entre à l'hôpital Pasteur le 9 novembre 1903. L'analyse des urines, faite par M. Dominique, indique une assez grande quantité d'albumine. Le docteur Sorel se propose alors de décortiquer les deux reins. Huit jours après, le 14 novembre 1903, opération sous chloroforme. La malade placée dans la position de Sims, on commence par le rein gauche facilement amené hors de l'incision lombaire. Il est de volume et d'aspect normal. Incision de la capsule, décortication, remise en place du rein, trois crins de Florence ferment la plaie. On opère ensuite le rein droit : celui-ci est entouré d'une enveloppe graisseuse et difficilement amené au dehors. Il a presque doublé de volume et est de coloration rouge violacé. On trouve en deux points deux foyers d'abcès miliiaires que l'on ouvre à la pointe du bistouri. La décapsulation du rein est assez difficile et un peu de la substance corticale est même enlevé. L'exploration du pédicule montre que le bassinnet est rempli par une masse dure. Néphrotomie. La malade perd un peu de sang ; mais l'hémorrhagie s'arrête dès que l'on a retiré un calcul modelé sur la cavité du bassinnet. On laisse un drain et on ferme la paroi en un seul plan aux crins de Florence. Les suites de l'opération sont apyrétiques et normales. Le 4^e jour, le drain est enlevé, mais pendant cinq semaines il s'écoule un peu d'urine par la plaie qui, ensuite, se ferme seule. Avant sa sortie de l'hôpital, la malade a rendu deux petits calculs par l'urèthre. Six semaines après l'opération, la malade quitte l'hôpital. L'analyse des urines à ce moment ne montre que des traces infinimentésimales d'albumine.

Nous avons revu la malade dernièrement (octobre 1904) ; son état général est excellent. Elle est de nouveau enceinte de huit mois, et grâce à l'obligeance de M. Dominique, pharma-

cien de l'hôpital Pasteur du Havre, nous avons pu avoir une nouvelle analyse de l'urine de la malade. L'urine est absolument normale.

OBSERVATION XXX

George Edebohls (*New-York medical journal for june 6. 1903*)

Décapsulation double par un cas d'éclampsie puerpérale.
(Traduction in extenso personnelle).

Femme de 23 ans. Primipare.

Les dernières règles se terminent le 22 juin 1902.

Une fièvre typhoïde la confina au lit tout le mois d'octobre 1902. Les deux mois suivants, elle parut aussi bien que possible.

En janvier 1903, on constate un léger œdème des extrémités inférieures, et de l'albumine dans les urines.

Le 11 février, la face devient bouffie. la malade présente des symptômes prononcés d'urémie. On constate de grandes quantités d'albumine dans l'urine, en même temps que des cylindres hyalins et des lambeaux d'épithélium.

Pendant les deux jours suivants, les manifestations urémiques, maux de tête, nausées, vomissements, troubles mentaux, assoupissement, deviennent graduellement plus prononcés, malgré le traitement du docteur Wood, médecin traitant de la malade.

La première attaque d'éclampsie eut lieu le vendredi 13 février à 10 h. 30 après midi.

Elle dura peu de temps et finalement fut réprimée à l'aide de chloroforme.

Une seconde attaque eut lieu à 3 heures du matin, une troisième à 7 h. 30 du matin, le 14. Comme la première, elles furent toutes les deux arrêtées par le chloroforme.

Je vis la malade pour la première fois chez elle avec le docteur Wood, le 14 février, à 10 heures du matin. Elle était as-

soupie et dans un demi-coma, se plaignant dans ses moments de lucidité de maux de tête et de nausées.

Œdème modéré de la face et des extrémités inférieures. La température était normale, mais le pouls, dur et ferme. La malade était oppressée par une dyspnée intense.

Le fœtus était vivant. Le col était long, fermé; il n'y avait pas d'indication de commencement de travail.

On décida de provoquer l'accouchement si de nouvelles attaques survenaient.

Une quatrième attaque sérieuse eut lieu à midi, le 14 février et à 3 heures. L'enfant était encore vivant, quoique les bruits du cœur aient diminué d'intensité. On provoqua l'accouchement. La patiente fut placée sur la table d'opération, mais dès les premières bouffées de chloroforme, une cinquième attaque qui dura cinq minutes se produisit. Le col long et bien fermé fut incisé de chaque côté dans toute sa longueur. Les membranes rompues, on appliqua le forceps sur la tête de l'enfant, qui se présenta en occipito-postérieure. L'extraction du fœtus et la délivrance eurent lieu environ en une heure. L'enfant était vivant, mais ne vécut que quelques instants.

L'hémorrhagie fut insignifiante, malgré la profondeur des incisions, et la malade fut remise dans son lit dans de bonnes conditions.

Le jour suivant, 15 février, aucune attaque nouvelle n'eut lieu, bien que la malade restât toujours assoupie et dans un demi-coma.

On sutura le col ainsi qu'une petite déchirure périnéale.

Le lundi 16 février, à 2 h. 30 de l'après-midi, 46 heures après la délivrance, la sixième attaque se produisit. Elle fut suivie à 5 heures, 5 h. 30 et 10 h. 30, par trois autres attaques. Le chloroforme fut à chaque fois nécessaire pour les calmer.

La onzième et dernière attaque eut lieu le mardi, 17 février, à 9 heures.

L'urine était chargée d'albumine. La malade était toujours dans un état demi-comateux et avait de l'incontinence d'urine.

A ce moment, voyant l'inefficacité du traitement médical avec le docteur Word, nous décidâmes la décapsulation des reins pour enrayer les progrès du mal.

Le 17 février 1902, exactement 72 heures après la délivrance, la malade fut placée sur la table d'opération pour la troisième fois.

On l'endormit au chloroforme. J'accomplis la décapsulation des deux reins en 23 minutes exactement. Les reins furent trouvés en état d'inflammation aiguë ou subaiguë, hypertrophiés, graisseux. La capsule qui fut facilement séparée de la surface entière de chaque rein était extrêmement tendue.

Après l'opération, il n'y eut pas de nouvelles attaques et tous les symptômes graves d'urémie disparurent rapidement, de sorte que deux jours après, la malade, quoique faible, était dans un état mental absolument normal.

Dès lors la guérison eut lieu aussi bien que dans un accouchement normal. Les plaies opératoires et les plaies de l'utérus se réunirent par première intention.

Depuis cette époque elle est debout et aussi bien portante que jamais.

Des examens chimiques et microscopiques de l'urine faits journellement pendant deux semaines après l'opération, montrèrent une amélioration rapide et progressive de l'état des reins.

Le 22 février, onze jours après l'opération, on nota la présence de cylindres hyalins, de leucocytes, de cellules épithéliales et environ 1 gramme d'albumine.

Un mois après on ne retrouve que des traces d'albumine.

Au moment où j'écris, onze semaines après la décapsulation rénale, l'urine est presque normale et la malade jouit d'ailleurs d'une santé parfaite. Nous avons lu les dernières observations d'Edebohls publiées dans son récent travail: elles sont encore trop récentes pour être rapportées en détail. Nous nous contenterons de relever plus loin sa statistique entière.

Les observations de Ferguson et certaines d'Edebohls sont rapportées dans un style tellement concis qu'il est impossible de se faire une opinion exacte de l'état du malade avant l'intervention et des résultats obtenus par celle-ci.

Ferguson traita accidentellement le mal de Bright, son opération étant dirigée contre la douleur rénale. Ni l'un ni l'autre de ses deux malades ne présentait d'albumine; l'existence de cylindres chez le premier ne suffit pas à nous édifier sur l'exactitude du diagnostic porté. L'auteur nous dit pourtant que l'examen *pathologique* montra une néphrite interstitielle chronique. On souhaiterait de plus amples renseignements et les deux observations de Ferguson ne peuvent appuyer que faiblement celles des autres chirurgiens.

Quant à Edebohls, dans ses quinze premiers cas, il ne nous donne aucun symptôme de l'existence, de la forme, ou de la gravité de la néphrite chronique. Nous savons seulement que dans certains cas le mal de Bright existait depuis plusieurs années. Les premières observations sont également très sobres de renseignements sur l'état des urines. Dans l'observation XVIII et XXI, nous savons cependant que l'examen microscopique révéla les lésions de la néphrite chronique. Le chirurgien de New-York est un peu plus explicite au point de vue des résultats acquis par son opération; cependant il conserve encore ce style (style télégraphique, comme dit le docteur Le Nouëne), très préjudiciable à la discussion des cas.

Morts arrivant pendant les deux premières semaines : 7.

Morts ultérieures par néphrite chronique : 13.

Morts ultérieures par autre cause : 9.

Cas insuffisamment probants : 23.

Guérisons : 17.

Résultats inconnus : 3.

Sur 72 cas, il y a donc : 7 morts opératoires soit 9,7 pour cent, et il s'agissait, d'après Edebohls, de cas graves puisqu'il y a eu deux décès par urémie, deux par troubles cardiaques, un par hémorrhagie cérébrale, deux par troubles pulmonaires.

Les observations de Guiteras de Cabot, de Elliot ne donnent pas les résultats éloignés de l'intervention. Après quelques semaines les sujets avaient déjà retiré un bénéfice notable de la décortication.

Le premier cas de Sorel s'est terminé par la mort subite. L'autopsie n'a pu montrer la cause de ce brusque dénouement ; l'examen microscopique du rein avait révélé des lésions avancées « incompatibles avec l'existence ».

Dans la seconde observation de Sorel une guérison parfaite a été obtenue puisque le sujet revu récemment par nous jouit d'une santé parfaite et que l'analyse faite minutieusement par M. Dominique n'a révélé aucune trace d'albumine après un an. Il est juste de dire qu'il ne s'agissait pas dans ce cas de la maladie de Bright classique mais d'une lésion chronique de néphrite consécutive à un calcul qui fut extrait par la néphrotomie.

Nous avons rapporté l'observation d'Edebohls relative à

un cas d'éclampsie puerpérale où il intervint avec succès par décortication des reins. L'auteur lui-même prend soin de faire remarquer qu'il ne prétend pas trouver dans la décapsulation le traitement systématique de l'affection pour laquelle il l'a pratiquée. Ce serait bien audacieux, en effet, de vouloir ériger le traitement chirurgical de l'éclampsie puerpérale, alors qu'il plane encore un doute si obscur sur la pathogénie de cette affection. Fût-il démontré du reste que l'inflammation chronique des reins est la cause première des accidents éclamptiques, la décortication, qui, de l'aveu d'Edebolhs ne peut amener un résultat de thérapeutique appréciable qu'après quelques jours, ne semblerait pas pouvoir constituer le traitement efficace de la crise elle-même. Du moins cette observation nous montre en dehors de la cessation de crise convulsive qui a bien pu être une simple coïncidence, la diminution notable dans la suite de l'albumine et des éléments anormaux dans l'urine.

Les résultats obtenus par Edebolhs et par les autres chirurgiens qui ont pratiqué la décortication aux cas de néphrites chroniques sont dignes du plus haut intérêt. On ne saurait cependant se faire encore une opinion inébranlable sur les résultats définitifs de cette opération. L'avenir dira si le mal de Bright doit rentrer dans les affections chirurgicales ou bien s'il faut penser avec le professeur Porter que la décapsulation, comme l'incision rénale, ne peuvent combattre que certains accidents d'insuffisance du rein.

En tous cas, la bénignité relative de la décortication.

l'impuissance de la thérapeutique médicale en face du mal de Bright autorisent actuellement les tentatives chirurgicales en ce sens.

CHAPITRE III

De la décortication dans les néphrites aiguës.

1° BUT DE LA DÉCORTICATION DANS LES NÉPHRITES AIGUES

Si tout le monde est à peu près d'accord sur l'inefficacité de la thérapeutique interne au cas de néphrites chroniques, l'entente est moins parfaite pour les néphrites aiguës. Ici du reste la question devient complexe. Il est d'usage de distinguer en pathologie le rein médical et le rein chirurgical. Longtemps les deux espèces sont restées irréconciliables : les néphrites chirurgicales étaient celles des urinaires et se caractérisaient anatomiquement par la présence de collection suppurée ou d'abcès miliaires ; les néphrites médicales étaient la conséquence de maladies infectieuses et se traduisaient physiquement par la congestion de l'organe. Actuellement on ne saurait admettre cette division absolue.

Thompson indiquait déjà la fréquence des lésions inflammatoires non suppurées dans la lithiase.

Albarran a montré dans sa thèse de doctorat la fréquence de la néphrite non suppurée chez les urinaires.

D'autre part on a cité fréquemment des néphrites purulentes, surtout des néphrites à abcès miliaries au cours des maladies infectieuses (érysipèle, fièvre puerpérale, grippe, etc.).

Rowsing et Gosset ont même insisté à la suite d'Albarran pour montrer que la néphrite consécutive à une affection vésicale est souvent une néphrite hémotogène ; de sorte qu'il devient même difficile aujourd'hui de savoir si l'infection rénale a suivi la voie ascendante où la voie circulatoire.

Cette confusion dans la pathogénie des néphrites les rapproche au point de vue thérapeutique, et on conçoit dès lors qu'une intervention jadis pratiquée uniquement dans les cas de vaste pyo-néphrose puisse s'étendre aux néphrites à abcès miliaries et même aux néphrites non suppurées. Qu'une infection soit ascendante ou hémotogène le processus est toujours le même, à des degrés différents : il s'agit d'une invasion microbienne qui va déterminer suivant la virulence des microbes ou les conditions du terrain des phénomènes de simple congestion ou une suppuration plus ou moins collectée.

Cette conception de l'infection rénale fait comprendre le but de la néphrotomie préconisée par Pousson, Loumeau, Sorel, Reynès, dans les néphrites suppurées ou non suppurées. On peut être étonné de voir les tentatives de décortication faites par Edebohls et par Sorel dans ces cas.

Ces chirurgiens se sont proposés par ces interventions un drainage du parenchyme rénal, non plus comme Pous-

son le préconisait par la voie lombaire, mais simplement suivant le parcours normal des urines.

Cette conception n'est qu'une conséquence du reste des idées enseignées depuis si longtemps en France par le professeur Guyon et son école.

Guyon insiste longuement sur l'importance en pathologie urinaire de la tension rénale sur le fonctionnement du rein. La communication faite par lui à l'Académie des sciences et reproduite dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires, a rapporté ces expériences qui prouvent la diminution de l'élimination de l'urine et de ses éléments du fait de l'augmentation de la pression rénale.

« Sous son influence, la quantité et la qualité de l'urine, l'état anatomique du rein mis en expérience, le fonctionnement du rein opposé, sont modifiés. Nous avons mesuré la quantité de l'urine excrétée par un rein dont l'uretère fut oblitéré pendant quatre heures, et l'avons comparé à la quantité produite par l'autre rein pendant le même espace de temps. Sur un chien de 8 kilogrammes, nous avons recueilli du côté libre 11 cmc. 40, et du côté soumis à la pression 2 cmc. 50. Sous la seule influence de la pression il se fait donc une diminution considérable de la sécrétion.

Si nous examinons la qualité de l'urine en nous tenant à la mesure de l'urée, bien que nos analyses aient porté sur les autres principes constituant de l'urine qui eux aussi diminuent, mais non dans la même proportion sauf le phosphore qui suit à peu près le même sort de l'urée, nous constatons que les changements de composition

chimique se manifestent aussi dès le début de l'expérience. Ainsi l'urine recueillie sur un chien après une heure et demie de ligature, la pression ayant alors atteint 73 millimètres contenait 29,32 d'urée tandis que l'urine de la vessie prise avant l'expérience en renfermait 35,13. »

Cette importance de la tension intra-rénale jointe à la conception du reflexe réno-rénal et du reflexe réno-vésical étudiée encore par Guyon et ses élèves est le point de départ de la thérapeutique recommandée par l'école de Necker. Guyon a montré, et sa leçon d'ouverture du 17 décembre 1902 rappelle encore ses indications thérapeutiques, l'influence considérable du drainage uréthral par l'uréthrotomie interne ou simplement la sonde à demeure sur l'infection urinaire. C'est encore la diminution de la tension intra-rénale qui est la cause des bons résultats obtenus par la néphrotomie. Pousson à la suite de Harrisson insiste sur ce mécanisme et bien que le chirurgien de Bordeaux recommande le drainage prolongé par la voie lombaire et même les lavages antiseptiques, il est très probable que la simple incision du rein diminuant la tension sanguine au sein du parenchyme reste la cause la plus importante du meilleur fonctionnement du rein. La décortication poursuit le même but : en supprimant la pression de la capsule, elle libère le parenchyme rénal et lui permet de se débarrasser de ses produits toxiques en même temps que de reprendre ses fonctions.

Harrisson a comparé le rôle de la néphrotomie dans les néphrites non suppurées à celui de l'iridectomie dans

le glaucôme et de l'incision de l'albuginée dans les cas d'orchites persistantes. — Ne semble-t-il pas que la décortication puisse remplir ce rôle en occasionnant un traumatisme moins grave ?

Cette opération, ne se proposant que de mettre le rein en état de suffire à sa tâche et de se débarrasser des produits qui l'encombrent, ne saurait être que l'auxiliaire des interventions moins graves pratiquées sur les voies urinaires inférieures. Edebolhs ne dit pas exactement à quelle idée il a obéi en pratiquant la décortication au cas de néphrite aiguë. Quant à Sorel, il se proposa, en libérant le rein de sa capsule, de lui permettre de se drainer par l'uretère. Cette intervention devra donc rester une opération d'exception recommandable seulement dans les cas où les autres moyens ont échoué chez les urinaires ou dans les néphrites graves au cours de maladies infectieuses. Ainsi comprise, la décortication des reins, si des observations ultérieures montrent qu'elle peut ambitionner le même rôle que la néphrotomie, restera une opération digne d'intérêt.

2° RÉSULTATS DE LA DÉCORTICATION DANS LES NÉPHRITES AIGUES

OBSERVATION XXXI

Pyelo-néphrite aiguë avec abcès miliaires. — Décapsulation du rein droit.

G. Edebohls, *British med. Journal*, 8 novembre 1902.

Femme mariée, âgée de 22 ans, mère d'un enfant né au commencement de 1901. Enceinte de nouveau après quatre mois. Le 8 mai 1902, frissons et fièvre. 105 F avec vives douleurs, gonflement de la région lombaire droite, pus dans l'urine.

Rein droit augmenté de volume de plus de moitié.

Diagnostic : pyelo-néphrite droite aiguë.

Opération le 22 mai 1902. Tissu périrénal très congestionné ; périnéphrite aiguë. Excision de la capsule cellulo-graisseuse enflammée. Parois du bassinet amincies, mais bassinet non dilaté. Aucune pierre dans le bassinet ou dans le 5^e supérieur de l'urètre. Rein double de volume, vivement congestionné, bleuâtre, un peu dur. Décapsulation du rein. Innombrables abcès miliaires sur toute la surface et à travers la substance du rein. La ressemblance avec la tuberculose du rein, qui aurait amené une néphrectomie était si grande, qu'une partie du tissu rénal fut coupée et envoyée au laboratoire pour un examen microscopique immédiat d'une section congelée. Après 25 minutes le professeur Books répondait : Inflammation purulente du rein : aucun témoignage de tuberculose. »

Le rein fut alors fixé par des sutures passées à travers la capsule presque détachée. Quelques fils de soie furent placés le

long de la surface ouverte du rein par le drainage, et la plaie fut fermée entièrement. Les fils de soie furent enlevés le septième jour et une réunion par première intention était obtenue, résultat qui donnait en quelque sorte matière à surprise, puisque d'innombrables petits abcès occupaient la surface du rein au fond de la plaie. L'agent infectieux, à en juger par l'histoire de la maladie, était probablement le gonocoque.

A partir du jour de l'opération, ni élévation de la température et du pouls, ni aucun autre symptôme. Depuis qu'elle a quitté le lit, trois semaines après l'opération, elle a vaqué à ses occupations et, d'après ses dires, elle ne s'est jamais trouvée si bien portante. Le pus, quoique de quantité moindre, est encore présent dans l'urine. Elle prend constamment de l'urotropine depuis son opération.

OBSERVATION XXXII

Néphrite double infectieuse suppurée greffée sur une néphrite chronique. — Décortication des reins. — Mort.

(Docteur Sorel, du Havre).

B... Jeanne, 26 ans, journalière. Entre le 14 octobre 1902, dans le service de M. le docteur Sorel.

Pas d'antécédents héréditaires. A l'âge de 5 ans, cette femme a fait une chute qui l'a tenue quelque temps alitée. Elle a été opérée d'un abcès de la fesse il y a quatre ans, dans le service de M. le professeur Engelbach. Depuis quelques années, la malade est sujette aux maux de gorge. A droite, sur le cou, on voit des traces d'une incision faite il y a cinq semaines, pour un phlegmon. Cette opération a été pratiquée dans le service du docteur Engelbach et la femme présentait déjà à cette époque des œdèmes et de l'albuminurie : elle avait été soumise, pour ces symptômes, au régime lacté,

Depuis quatre ans la malade a des maux de tête fréquents ; l'appétit diminue, la santé générale moins bonne, un peu d'œdème des malléoles.

Après sa sortie de l'hôpital le mois précédent, elle a repris pendant quelques jours son alimentation ordinaire. Alors sont survenus des vomissements cinq à six fois par jour, de la dyspnée, des œdèmes prolongés des jambes, de l'abdomen et de la face.

Depuis huit jours il existe une diarrhée de neuf à dix selles par jour

A l'examen on constate un œdème considérable des jambes et des cuisses. A droite à la partie supérieure de la jambe se voit une cicatrice : il en existe une autre au niveau de l'interligne articulaire du genou. On peut supposer d'après les dires de la malade que ce sont les traces d'une ostéite ancienne mal déterminée. Le ventre est un peu ballonné, il existe un peu d'œdème de la région abdominale. La palpation de la région lombaire est douloureuse, des deux côtés. Il est impossible de sentir les reins. Œdème des bras, de la paroi thoracique.

Au cœur on trouve des bruits précipités, ni souffles, ni bruit de galop.

L'auscultation montre aux deux bases des poumons une diminution du murmure vésiculaire avec quelques gros râles sous-crépitaux. Dans le tiers moyen la respiration est très soufflante aux deux temps et des deux côtés, surtout à droite.

Cette femme est au régime lacté depuis huit jours. On l'y maintient encore quatre jours. Les œdèmes et les vomissements augmentent. La diarrhée diminue par une potion au bismuth. La respiration devient plus difficile. Le malade urine très peu. L'analyse des urines de 24 heures faite la veille de l'opération donne les résultats suivants :

80 centimètres d'une urine de couleur foncée, rouge sombre, d'aspect trouble, à réaction acide.

Urée au litre : 14 gr. 976.

Albumine vraie au litre : 2 gr. 30.

Présence d'albumines et de peptones en abondance. Sédiment . Cellules épithéliales assez nombreuses.

Hématies, globules blancs en petit nombre.

Cylindres mixtes, granuleux, quelques-uns.

Cylindres hyalins assez nombreux.

Mais surtout cylindres cireux très nombreux. M. Dominique ajoute : « Les derniers cylindres (cireux) semblent indiquer une lésion rénale déjà ancienne, en tous les cas grave. »

La température qui oscille depuis quatre jours entre 38°5 et 39°8 est à 39°2 la veille de l'intervention. Ce jour-là les vomissements et la dyspnée sont plus prononcés qu'antérieurement. Les œdèmes empêchent la malade de se mouvoir dans son lit.

Le 18 octobre 1902, opération. Le chloroforme est administré avec difficulté, la femme étant couchée sur le ventre et respirant très mal.

A l'incision des lombes des deux côtés il s'écoule une forte quantité de sérosité. Tous les tissus sont infiltrés. Les reins apparaissent augmentés de volume, noirâtres et granuleux. La décortication se fait facilement après la sortie des reins de la plaie lombaire. Sutures de la peau et des muscles par des crins disposés en 8 de chiffre. Drain de chaque côté. Pendant l'opération la femme est restée complètement cyanosée, rendant une grande quantité d'écume par la bouche et le nez.

L'intervention a duré 18 minutes : 10 minutes pour le rein gauche, 8 pour le rein droit.

Le réveil est pénible ; la femme tousse constamment. A sept heures du soir, elle semble près de mourir par la dyspnée ; le pouls est irrégulier. Ballon d'oxygène. Piqure de caféine et d'éther.

A minuit, l'état s'est bien amélioré. L'oppression est moins forte, le pouls est régulier et plus marqué.

Durant cette première journée, il y a eu plusieurs fois des vomissements. Le soir, la température est à 38°2.

Le 19 octobre, l'état général est meilleur.

L'œdème est toujours énorme, même plus prononcé; il remonte sur les grandes lèvres. Le soir, caféine et morphine. Position de Rivière contre les vomissements.

La température est normale, 36° 8.

Le 20 octobre, l'œdème diminue notablement, surtout à la main et au bras gauche, mais aussi à la main droite et aux cuisses.

Les vomissements persistent très abondants; il y a encore de l'oppression,

Le soir, caféine et morphine. Température, 36° 8.

Le 21 octobre, les œdèmes continuent à diminuer. Les vomissements sont moins fréquents. Le soir, la femme a un peu de délire calme.

Le pouls est énergique. Saignée de 300 grammes. Le sang est noir. Les vomissements sont de moins en moins fréquents. L'opérée prend du lait et de l'eau de Vichy.

Elle a de l'incontinence d'urine.

Le 22 octobre, les vomissements ont complètement cessé et les œdèmes sont à peu près disparus. La malade prend facilement du lait. Le soir, elle se trouve bien. La température est depuis trois jours normale. Tous les mouvements sont faciles par la disparition des œdèmes. L'opérée garde ses urines.

Le 23 octobre les œdèmes reparaissent dans la matinée et il se produit un peu de dyspnée. L'après-midi l'état général empire, le pouls diminue de force et augmente de fréquence. La température est encore normale. La malade meurt à minuit.

Autopsie : 36 heures après la mort. Les œdèmes remontent jusqu'aux cuisses. Ils siègent aux mains et aux avant-bras, mais ni à la face, ni au thorax.

A l'ouverture du thorax on trouve quelques adhérences faibles des deux plèvres et un peu de liquide entre les deux feuillets de chaque côté.

Le poumon gauche présente en arrière, dans le lobe inférieur des zones de congestion, mais il surnage. Le poumon droit est hépatisé dans tout le lobe moyen qui ne surnage pas et pré-

sente dans le reste du parenchyme (des zones de congestion). Les deux bases sont gonflées et chargées d'œdème. Le péricarde ne contient pas de liquide. Le cœur, de volume normal, est pâle et mou ; il ne présente de lésions ni des valvules ni des orifices.

A l'ouverture du ventre, on constate environ 500 grammes de liquide dans le péritoine. Le foie pèse 1680 grammes, il est pâle et très friable. Les quatre lobes absolument distincts et séparés par un sillon très profond sont mous et le lobe gauche est hypertrophié. La vésicule ne contient pas de calculs, mais dans le canal cholédoque on trouve trois calculs gros comme une noix, enchatonnés et très adhérents aux parois. La rate pèse 425 grammes, est de couleur foncée et très dure. Le rein droit pèse 280 grammes, ne présente pas l'aspect granuleux. A la coupe, il est pâle, mou et laisse sortir par de nombreux pertuis du pus. Le rein gauche pèse 230 grammes, est lisse, friable, contient de petits abcès disséminés.

Dans les deux reins les abcès sont disséminés dans la substance corticale, mais il n'y en a pas à la surface de l'organe. L'épiploon est adhérent aux annexes du côté gauche.

Nous n'avons pu obtenir de résultat de l'examen bactériologique. Au moment de la décortication nous avons pris desensemencements au sein du parenchyme rénal sans savoir s'il y avait du pus et où il se trouvait. Nous avons remis les tubes à M. le docteur Pottevin, directeur du bureau d'hygiène du Havre ; il ne s'est pas produit de culture.

OBSERVATION XXXIII

(G. Edeböhl, *Medical Record*, 21 décembre 1901.)

Mme C. B..., 39 ans, mère de quatre enfants, a souffert de néphrite avec dégénérescence graisseuse du cœur durant sa deuxième grossesse, terminée le 22 février 1901 par la naissance d'un enfant vivant, à terme.

Elle fut opérée quelques semaines après d'un fibrome utérin en dégénérescence qui déterminait de l'infection. L'hystérectomie abdominale fut suivie de pneumonie double, qui se révéla par une température voisine de 40°, un pouls de 170, l'incontinence des urines et des selles, la diminution de la plaie abdominale. En même temps, se montrait une fistule vésicale.

Deux semaines après la résolution de la pneumonie se développa une affection aiguë du rein droit, se traduisant par tous les symptômes locaux et généraux de la néphrite grave. Ces phénomènes infectieux se répètent par crises, et, après une attaque où la température fut au-dessus de 40° et le pouls à 160, on décide la néphrectomie.

Après l'ablation du rein, chargé d'abcès multiples, dont le bassinot était plein de pus, la santé redevient très bonne; la plaie abdominale et la fistule se fermèrent. La malade reprit ses occupations habituelles.

Il restait seulement un point noir : la persistance d'albumine et de cylindres avec une petite quantité de pus dans son urine. Le professeur Brooks appela cette maladie mal de Bright chronique avec infection légère.

Avec le temps l'amélioration cessa, la pâleur caractéristique, la bouffissure de la face et l'œdème des extrémités inférieures dû au mal de Bright se manifestèrent de nouveau.

Le 10 novembre 1901 je fis l'excision de la capsule propre du rein gauche sous l'anesthésie par le protoxyde d'azote. L'opération fut faite en 32 minutes, la malade reprenant complètement connaissance immédiatement. La plaie se réunit par première intention. Le rein fonctionne bien. La quantité d'urine pendant les douze premiers jours était au moins de 16 onces avec un poids spécifique de 1010, travail plutôt remarquable pour un seul rein. Un petit morceau de tissu rénal qui vint avec la capsule fut envoyé pour examen au professeur Brooks, qui donna la réponse suivante :

« L'examen microscopique montre une lésion histologique bien évidente de foyers multiples de néphrite de type infec-

tieux ; autant qu'il est possible de juger d'après la petite quantité de tissu cordial reçu, ces foyers sont confinés dans les zones correspondant aux artères terminales. Dans les zones malades les tubuli présentent un épithélium tubuleux et partiellement désagrégé, souvent dégagé de la membrane propre et les lumières sont souvent bouchées par les leucocytes polynucléaires, l'épithélium fragmenté, les cellules du sang et un détritüs amorphe, quelques tubuli sont remplis de matière hyaline dense ».

On voit d'après la description ci-dessous que le pronostic concernant le résultat ultime de ce cas n'est pas favorable à cause du pus dans le rein.

Au moment où nous écrivons ce mémoire, 10 décembre, la malade sort de nouveau et se sent très bien.

Dans l'observation XXXI, Edebohls ne nous renseigne pas sur l'étiologie de l'infection rénale : il pense seulement que l'agent pathogène était très probablement le gonocoque. La malade était dans un état très grave, puisque la température atteignait 39° 5 et s'accompagnait de frissons depuis dix jours. L'opération montra des lésions importantes puisque le rein était farci (c'est lui qui parle), d'innombrables abcès miliaires. Aussi Edebohls nous dit avoir été très surpris d'obtenir une réunion par première intention en même temps que le sujet revenait à une santé parfaite (depuis qu'elle a quitté le lit, trois semaines après l'opération, elle a vaqué à ses occupations, et d'après ses dires elle ne s'est jamais trouvée si bien portante. Le chirurgien avait complètement refermé la plaie et il est impossible d'invoquer ici le drainage de ces nombreux abcès miliaires. C'est donc une raison puissante de croire que

l'infection a cessé grâce à la libération du parenchyme rénal.

La malade de l'observation XXXIII avait déjà un passé pathologique très chargé au moment où Edebohls pratiqua la décortication pour des phénomènes de pyélonéphrites. Peu de temps auparavant, il avait fait l'ablation de l'autre rein; l'examen microscopique de cette pièce avait montré des abcès miliaires disséminés. La décortication du second rein fut bien supportée malgré la néphrectomie antérieure et la guérison fut encore obtenue sans drainage lombaire. Dans ce cas la décortication produisit un effet aussi favorable que la néphrectomie lors de la première opération. Sorel eut un décès à la suite d'une double décortication pratiquée dans une situation absolument désespérée. La malade présentait de l'anasarque généralisée, de l'œdème des deux poumons, une température à 40°, un pouls misérable et des vomissements constants et, dit Le Nouène qui assistait à l'opération : « nous avons cru la veille qu'elle ne passerait pas la nuit »...

« Nous avons espéré cependant le quatrième jour que cette femme allait guérir. L'autopsie, en nous révélant les lésions profondes de tout l'organisme, nous montra que cet espoir n'avait aucune chance de se réaliser, mais nous avons été frappés des résultats passagers de cette intervention. » L'opération fut suivie de la chute de la température et pourtant les abcès miliaires se trouvaient dans le parenchyme et ne furent pas ouverts au cours de l'opération.

Il semble donc, d'après les trois observations que nous

venons de rapporter, que la décortication ait eu un rôle vraiment efficace sur l'élimination des produits infectieux.

Nous l'avons déjà vu, ce mécanisme est tout à fait conforme à la physiologie pathologique du rein : la décapsulation en rendant à la glande son pouvoir d'élimination, suffit à permettre un drainage urétéral autrement effectif que celui qui eût été fait par la voie lombaire, La décortication agissant de la même façon que la néphrotomie reste une opération moins grave et plus recommandable si des faits nouveaux viennent montrer encore son efficacité.

CONCLUSIONS

I. — Dans l'état actuel de la question, on ne peut encore se prononcer sur l'efficacité absolue de la décortication et en faire le traitement spécifique des néphrites.

II. — La décortication des reins est une opération bénigne.

III. — Au cas de néphrite chronique, la décapsulation peut avoir une action efficace par le rétablissement d'une meilleure circulation du sang, à l'intérieur de la glande.

IV. — Au cours de néphrite aiguë infectieuse, après l'échec de toute thérapeutique, la décortication peut faire espérer la cessation des phénomènes d'infection en diminuant la tension et permettant à la glande d'éliminer ses produits toxiques.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GUYON.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD. — Diagnostic de l'insuffisance rénale. Congrès international de médecine interne. Paris, 1900.
- ALBARRAN. — Traité de Chirurgie le Dentu et Delbet, article.
« Reins. »
- Le rein des urinaires. *Thèse*, Paris, 1889.
- Diagnostic des hématuries rénales. *Annales des maladies des organes génito urinaires*, mai 1898
- Résumé de la discussion. Congrès de chirurgie, séance du 17 octobre, soir.
- L'hypertrophie compensatrice en pathologie rénale. In *Presse Médicale*, 22 février 1899.
- Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires 1899.
- Société de chirurgie, 12 juin 1901.
- ALBARRAN et BERNARD. — Régénération de la capsule du rein après la décortication de l'organe. Société de biologie. 24 juin 1902.
- ASCOLI. — XII^e Congrès médical italien.
- BASSAM. — Du traitement chirurgical des néphrites. *Thèse*, Lyon, 1903.
- BERNARD. — Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques. *Thèse*, Paris, 1900.
- BOZEMAY. — Rénal tenesmus, New-York, 1887.
- BRAUD. — De l'existence du réflexe réno-rénal et de son rôle pathogénique. *Thèse*, Bordeaux, 1900.
- BROCA. — Hémophilie rénale et hémorrhagies rénales sans

- lésion. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, décembre 1894.
- BRODEUR. — De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein. *Thèse*, Paris 1886.
- CABOT. — Décapsulation des reins. *Boston medical and surgical Journal*, 1902, page 456.
- CAILLÉ. — Chronic parenchymatous nephritis in a child treated by renal decapsulation. (The Edebohls operation.) *Archiv. of. Péd.*, 1902.
- CASPER. — Monographie. Berlin, 1896.
- CASTAIGNE et RATHERY. — Néphrites unilatérales. *Semaine Médicale*, 1902.
- CAVAILLON. — Société de médecine. Lyon 1903.
- CHARCOT ET BOUCHARD. — *Traité de médecine*, article de Brault.
- *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*, article « Reins ».
- CHAUFFARD. — Article « Néphrites ». In *Traité de Médecine*, de Brouardel et Gilbert.
- Les hypertrophies compensatrices au cours des néphrites chroniques. *Semaine médicale*, 21 décembre 1898.
- CLAUDE ET BALTHAZARD. — Effets de la décapsulation du rein. Comptes rendus de la Société de biologie. 1^{er} mars 1902. *Journal de physiologie et de pathologie générales*, 1902.
- CORNIL. — Etude sur la pathologie du rein.
- COTTET. — *Thèse*, Paris 1899.
- DEBAISSIEUX. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1898.
- DEBERSAQUE. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897.
- EDEBOHLS. — Chronic nephritis affecting a movable Kidney as an indication for nephropexy. *Medical News*. New-York, 22 avril 1889. LXXIV.
- The cure of chronic Bright's disease by opération. *Medical Record*, New-York, 21 décembre 1901.

- *Annals of Surgery*, février 1902.
- Renal decapsulation versus néphrotomy, resection of Kidney and nephrectomy. *British medical Journal*, 8 novembre 1902.
- Renal decapsulation for Chronic Bright's Disease. *Medical Record*, March 28. 1903.
- Renal decapsulation for puerperal eclampsia. *New-York Medical Journal* for June 6. 1903.
- Surgical traitement of Bright's Disease. New-York, 1904.
- ELLIOT. — *Boston medical and surgical Journal*, 23 octobre 1902.
- FERGUSON. — Surgical treatment of nephritis or Bright's disease. *Medical Standard*. Chicago, juin 1899. XXII.
- FRAENKEL. — « Fonctions rénales ». *Scientia*.
- FROSL. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1902.
- GAYET et BASSAM. — Société des sciences médicales de Lyon, 1903.
- GRADLE. — Neuroretinitis due to disease of the Kidney. *Chicago medical Recorder*, 1902.
- GUITERAS. — The surgical traitement of Bright's disease. A preliminary communication. *The New-York medical Journal*, 17 mai 1902.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
- Influence de la tension intrarénale sur les fonctions du rein. Note communiquée à l'Académie des sciences, 29 février 1892.
- GUYON et ALBARRAN. — Physiologie pathologique des rétentions rénales. 2^e session de l'Association française d'urologie. Paris, 1897.
- De la néphrotomie. Congrès de chirurgie, 1898, séance du 17 octobre soir.
- Archives de médecine expérimentale, 1897.

GUYON et MICHON. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mai 1895.

GUYON et DUVAL. — *Presse médicale*, 5 mai 1900.

GUYON (Jean-Félix). — Société de biologie, 1897.

GOSSET. — Etude sur les pyonéphroses. *Thèse*, Paris, 1900.

HARRISON. — Contribution to the study of some forms of albuminuria associated with kidney tension and their treatment. *The Lancet*, 4 janvier 1896.

— Renal tension and its treatment by surgical means. *British medical Journal*, 19 octobre 1901.

— On the treatment of some forms of albuminuria by rein puncture. *British medical Journal*, 17 octobre 1896.

HARTMANN. — Du traitement chirurgical des pyélites. *Gazette des hôpitaux*, 7 janvier 1888.

HAUCHETT. — Surgical treatment of chronic nephritis. Critique, 1903, Jonnary, p. 13.

ISRAEL. — Chirurgie des reins et de l'uretère. Traduit par Guillermo-Rodriguez, 1900.

— Ueber den Einfluss der Nierenspaltung auf acute und chronische. Krankheits processe de Niarenparenchymes. Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chirurg., 1899.

— Nierenkolik-Nierenblutig und néphritis. Deutsche med Wochensch, 27 février 1902.

JABOULAY. — Soc. méd. de Lyon.

KELLY (John). — Hopkins hosp. bull., février 1896.

DE KERMÆKER. — Annales de la Société belge de chirurgie, 15 décembre 1897.

KORTEWEG. — Die Indicationen zur Entspannungincision bei Nieren leiden » In Mitt. a. d. Grenz. d. med. u. Chiv. 1901.

LEGRAIN. — Annales des maladies des organes génito urinaires. 1896.

LEGUEU. — Congrès de chirurgie, 1898. Séance du 17 octobre.

— Société de chirurgie, 12 juin 1901.

- *Thèse*, Paris, 1891.
- LE DENTU. — Affections chirurgicales des reins. Paris, 1899.
- Congrès de chirurgie, 1898, séance du 17 octobre soir.
- LENNANDER. — Nord. Med., Arivk, 1900.
- Nord, Méd. Arch. XXXIV, 1901.
- LE NOUENE. — De la néphrotomie précoce dans les pyelo-néphrites. *Revue médicale de Normandie*, 10 août 1902.
- *Thèse*. Paris, 1903. Traitement chirurgical des néphrites.
- LÉPINE. — De l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les néphrites chroniques. *Semaine médicale*, 2 décembre 1902.
- LOUMEAU. — Congrès de chirurgie, 1898, séance du 17 octobre.
- Quatrième session de l'Association française d'Urologie, 1899.
- Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 28 février 1902.
- LYMAN. — « Surgical treatment of chronic néphritis ». Journ. of the Amer. med. Association 1902. XXXVIII, page 1030.
- MALHERBE ET LEGUEU. — Hématuries. Rapport au Congrès de chirurgie, 1898.
- MONOD. — Société de chirurgie. Séance du 6 juin 1901.
- NEWMAN. — The Lancet, 1896.
- *Arch. gén. urin.* 1899.
- PATEL ET CAVAILLON. — Traitement chirurgical des néphrites. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. 1903, 15 septembre.
- PAWLICK. — *Arch. für Gynaek.*, 1881.
- PORTER. — Rational or dietetic treatment of Bright's disease contrasted with surgical intervention. *Medical Record*, 27 septembre 1902.
- POUSSON. — L'intervention chirurgicale dans certaines varié-

- tés de néphrites médicales. Quatrième session de l'Association française d'urologie, 1899.
- Société de chirurgie. Séance du 6 juin 1900.
 - Société de chirurgie. Séance du 12 juin 1901.
 - Contribution à la physiologie pathologique de l'incision et de l'extirpation du rein. Cinquième session de l'Association française d'urologie, 1901.
 - Présentation de deux malades opérés de mal de Bright depuis six à sept mois. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, février 1902.
 - De l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicales. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Mai, juin, juillet 1902.
- PRIMROSE. — The opérative treatment of chronic Bright's disease. *Canadian Journ. of. med. and Surgery*. 1902. XI. 143. 152.
- RAYER. — Traité des maladies des reins. Paris, 1841.
- REYNÈS. — Cinquième session d'association française d'urologie, 1901.
- ROUTIER. — Société de chirurgie, 6 juin 1901.
- ROSENSTEIN ET PEL. — *Gaz. des H. méd. de Paris*, 1901.
- SABATIER. — Néphralgie hématurique. *Revue de Chirurgie*, t. IX, Paris 1899.
- SENATOR. — Ueber renal hemophilie. Communication à la Société de médecine de Berlin, 17 septembre 1890.
- SENATOR, ISRAËL, KEMPERER, CASPER. — Séances du 13 janvier et du 20 janvier 1902, de la Société de Médecine interne de Berlin.
- SCHMITT. — The Surgical treatment of chronic. Bright's disease. *Medical Record*, 13 septembre 1902.
- SPANTON. — Association médicale britannique, août 1901.
- TALAMON. — Le traitement chirurgical du mal de Bright. *Médecine moderne*, 15 janvier 1902.
- THOMPSON. — Onzième leçon
- TIFFANY. — *Annals of Surgery*, 1889.

- TEAALE. — De la néphralgie essentielle. *Edinburgh, méd. and Surg. Journal*, vol. XXIII.
- TUFFIER. — Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires. *Thèse*, Paris 1885.
- Congrès de chirurgie, 1898. Séance du 17 octobre soir.
- Article « Reins ». *In traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus.
- Etudes expérimentales sur le rein, 1889.
- WEIR. — Troisième Congrès des médecins et des chirurgiens américains, tenu à Washington du 25 mai au 13 juin 1894.
- *Médical Record*, 1894, vol. 46.
- WILMS. — Clin. chir. Leipzig. Prof. Tredelenburg. Münch. Med. Woch, 25 mars.
- WOLFF. — Ueber die Erfolge der nephrorraphie und Grund nach dem Verfahern von Herrn professor Rose in Bethanin operirten Faelle. *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1897, vol. XLXVI.

